Organisation mondiale de la Santé

SOIXANTE-SEPTIÈME ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ **A67/21**
Point 14.2 de l'ordre du jour provisoire **2 mai 2014**

Santé du nouveau-né : projet de plan d'action

Chaque nouveau-né : plan d'action pour mettre fin aux décès évitables

Rapport du Secrétariat

1. Des progrès remarquables ont été accomplis ces dernières décennies dans la réduction du nombre de décès d'enfants de par le monde, mais la baisse du taux de mortalité néonatale a été plus lente, alors même qu'une grande partie des décès de nouveau-nés pourraient être évités. Les possibilités d'améliorer la santé du nouveau-né n'ont jamais été aussi nombreuses qu'aujourd'hui où l'on sait bien mieux quels sont les interventions et les modes de prestation de services efficaces, et les approches permettant d'augmenter plus rapidement la couverture et d'améliorer la qualité des soins. Dernièrement, beaucoup de gouvernements et de partenaires ont renouvelé leur engagement de sauver la vie des nouveau-nés, donnant suite à la Stratégie mondiale du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies pour la santé de la femme et de l'enfant et à l'initiative connexe « Chaque femme, chaque enfant », ainsi qu'aux recommandations de la Commission de l'Information et de la Redevabilité pour la Santé de la Femme et de l'Enfant[1] et de la Commission des Nations Unies sur les produits d'importance vitale pour les femmes et les enfants.[2] De cette dynamique découle une initiative multipartite proposant à la communauté sanitaire mondiale d'élaborer un projet de plan d'action mondial.

ÉLABORATION DU PROJET DE PLAN D'ACTION

2. Le projet de plan d'action pour la santé du nouveau-né a été élaboré en tenant compte des avis des experts et des partenaires, sous la conduite de l'OMS et de l'UNICEF, ainsi que des résultats de plusieurs consultations multipartites tenues dans le cadre de différents forums mondiaux et régionaux.

3. Un processus de concertation avec les États Membres s'en est suivi, au sujet notamment des buts et des mesures proposés pour les cinq orientations stratégiques du projet de plan d'action et des cibles dont ils sont assortis, lors d'une réunion mondiale et de deux réunions régionales des parties prenantes. Un avant-projet de plan d'action a été affiché sur le site Web de l'OMS en décembre 2013 pour que les États Membres et les autres parties prenantes puissent l'examiner avant la cent trente-

[1] Commission de l'Information et de la Redevabilité pour la Santé de la Femme et de l'Enfant, *Tenir les promesses, mesurer les résultats*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011.

[2] United Nations Commission on Life-Saving Commodities. *Commissioners' report*: September 2012. New York: United Nations, 2012.

quatrième session du Conseil exécutif. À cette session, le Conseil exécutif a pris note du processus envisagé pour achever de mettre au point le projet de plan d'action.[1]

4. Une consultation en ligne a ensuite été organisée, comme indiqué dans le document EB134/17 Add.1. Une note verbale a été envoyée aux États Membres le 4 février 2014 pour leur expliquer le processus et les inviter à donner leur avis. De plus, des informations à propos de la consultation en ligne ont été diffusées à travers les médias et les réseaux sociaux traitant de la santé génésique et de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant afin de recueillir le plus de réactions possible.

5. Le 28 février 2014, date marquant la fin de la consultation, plus de 300 communications avaient été reçues : 43 provenaient d'acteurs étatiques, 23 d'associations professionnelles, 102 d'organisations non gouvernementales et le restant, de nombreux particuliers. Le Secrétariat a tenu compte de ces observations pour réviser le projet de plan d'action.

6. Le plan d'action proposé sous le titre « Chaque nouveau-né : plan d'action pour mettre fin aux décès évitables » définit des objectifs et des mesures clairs à l'intention des États Membres et des autres parties prenantes. Il propose également des indicateurs pour mesurer à la fois la progression de la mise en œuvre et l'impact du plan d'action.

CONTEXTE

7. Le nombre de décès d'enfants a nettement diminué ces dernières décennies, en grande partie grâce aux interventions destinées à réduire la mortalité après le premier mois de vie. Dans l'ensemble du monde, le taux de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans a chuté de près de 50 % (passant de 90 décès pour 1000 naissances vivantes en 1990 à 48 décès pour 1000 naissances vivantes en 2012), mais la mortalité néonatale n'a baissé que de 37 % (passant de 33 décès pour 1000 naissances vivantes à 21 décès pour 1000 naissances vivantes) dans le même intervalle et représentait 44 % de la mortalité totale de l'enfant en 2012. [2]

8. Bon nombre de décès de nouveau-nés pourraient être évités si les mesures prévues dans le présent projet de plan étaient appliquées et si les buts et les cibles qu'il fixe étaient atteints. Le projet de plan repose sur les données établissant l'efficacité des mesures envisagées. Il part du principe que la survie des nouveau-nés est un marqueur sensible de l'action du système de santé en faveur des personnes les plus vulnérables et il invite tous les acteurs concernés à améliorer la qualité des soins et à en faciliter l'accès aux femmes et aux nouveau-nés, sans solution de continuité entre le stade préconceptionnel, la grossesse, l'enfance et l'adolescence.

9. Le projet de plan d'action a pour idéal un monde sans décès néonatals ni mortinaissances évitables, où toutes les grossesses sont désirées, où chaque naissance est une joie, où les femmes, les bébés et les enfants survivent, prospèrent et réalisent tout leur potentiel. Pour que cet idéal devienne réalité, le plan fixe à l'horizon 2035 des objectifs stratégiques, des buts en matière de mortalité et des cibles concernant la couverture et la qualité des soins, avec des échéances intermédiaires en 2020, 2025 et 2030. Les buts en matière de mortalité sont liés à la couverture visée des femmes et des

[1] Voir le procès-verbal des quatrième (section 4) et septième séances du Conseil exécutif à sa cent trente-quatrième session (Document EB134/2014/REC/2).

[2] UNICEF, OMS, Banque mondiale, Organisation des Nations Unies. *Levels and trends in child mortality: report 2013*. New York, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, 2013.

enfants par des soins de qualité pendant la période qui entoure la naissance, par les soins aux nouveau-nés malades et de petite taille et les soins postnatals. Le plan d'action définit un schéma d'impact, des étapes (annexe 1) et des indicateurs pour mesurer les progrès accomplis (annexe 2).

10. Élaboré dans le cadre de l'initiative « Chaque femme, chaque enfant », le plan vise à intensifier et à faciliter la planification et l'application coordonnées et globales de mesures ciblant spécialement les nouveau-nés dans le contexte des stratégies et des plans d'action nationaux se rapportant à la santé génésique et à la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent. Le but est d'instaurer dans tous les pays une couverture équitable des femmes et des nouveau-nés par des soins de grande qualité comprenant soins essentiels, soins spécialisés et soins d'urgence, moyennant des passerelles avec d'autres plans mondiaux et nationaux, un système de mesure et de responsabilisation.

11. Le plan est principalement axé sur la survie et la santé du nouveau-né et sur la prévention des mortinaissances. Comme ces cibles ne figuraient pas parmi les objectifs du Millénaire pour le développement, on leur a consacré moins d'attention et d'investissements, ce qui explique que la mortalité ait diminué plus lentement.

12. Les mortinaissances, la survie et la santé des nouveau-nés sont intrinsèquement liées à la survie, à la santé et à l'état nutritionnel des femmes avant la conception, pendant la gestation et entre les grossesses. La période où le risque de morbidité et de mortalité est le plus grand pour la femme et l'enfant correspond aux heures qui précèdent la naissance ainsi qu'aux heures et aux jours qui suivent la naissance. C'est la raison pour laquelle le projet de plan d'action insiste sur la nécessité d'assister chaque femme et chaque nouveau-né au moment où ils sont les plus vulnérables : pendant le travail, l'accouchement et les premiers jours qui suivent la naissance. C'est en intervenant pendant cette période décisive qu'on a le plus de chances de mettre fin aux mortinaissances, aux décès néonatals et aux décès maternels évitables, le retour sur investissement étant triplé. Le plan s'inscrit dans le cadre de l'initiative visant plus largement à mettre fin aux décès maternels et néonatals évitables ; un plan d'action global pour la santé maternelle est également nécessaire pour fixer des lignes directrices concernant les soins à prodiguer avant la conception et pendant la grossesse.

13. Le projet de plan d'action a été établi en étroite concertation avec les parties prenantes : plus de 300 commentaires officiels ont été reçus à propos du projet mis en ligne sur le site Web de l'OMS en février 2014. Le plan tient compte de toutes ces contributions, des conclusions d'une analyse des obstacles à une application plus généralisée des interventions qui améliorent la santé du nouveau-né, d'une analyse épidémiologique exhaustive et d'un bilan des éléments attestant l'efficacité des interventions proposées.

ENGAGEMENTS EXISTANTS

14. L'exécution du plan renforcera les engagements existants, comme la promesse faite dans le cadre de l'initiative Family Planning 2020, « Une promesse renouvelée »[1] (qui appelle à mettre fin aux décès évitables chez les enfants), et les engagements résolus pris aux niveaux régional et mondial pour mettre un terme aux décès maternels évitables. Compte tenu de la forte proportion de décès d'enfants de moins de cinq ans qui surviennent pendant la période néonatale et du lien étroit entre mortalité maternelle et mortalité néonatale, ces engagements ne seront pas honorés si l'on ne fait pas un effort

[1] UNICEF. *Committing to child survival: a promise renewed – progress report 2013*. New York, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, 2013.

particulier pour réduire la mortalité néonatale et la mortinatalité. Le plan s'appuie sur d'autres plans d'action mondiaux et établit des passerelles avec eux, par exemple les plans concernant la nutrition, les vaccins, le paludisme, la pneumonie, la diarrhée, l'eau et l'assainissement, et l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH, de la syphilis et du tétanos néonatal. Il tient compte aussi des différents calendriers fixés dans ces plans pour la réalisation de leurs cibles et de leurs objectifs.

15. Beaucoup de gouvernements et de partenaires ont renouvelé leur engagement de sauver la vie des femmes et des nouveau-nés, donnant suite à la Stratégie mondiale du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies pour la santé de la femme et de l'enfant et à l'initiative connexe « Chaque femme, chaque enfant », ainsi qu'aux recommandations de la Commission de l'Information et de la Redevabilité pour la Santé de la Femme et de l'Enfant[1] et de la Commission des Nations Unies sur les produits d'importance vitale pour les femmes et les enfants.[2] Partant du constat que les progrès en matière de santé du nouveau-né sont plus lents que ceux réalisés dans le domaine de la santé de la mère et de l'enfant, le plan d'action donne une impulsion à la Stratégie mondiale et va dans le sens de l'appel lancé par l'Assemblée mondiale de la Santé dans la résolution WHA58.31, intitulée « Vers une couverture universelle des soins aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants », qui invitait à investir des ressources et à intensifier l'action menée au niveau national pour assurer la continuité des soins dans les domaines de la santé génésique et de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Ces initiatives soulignent aussi que la santé des femmes et des enfants relève des droits de l'homme.

16. D'après les estimations du Cadre mondial d'investissement pour la santé de la femme et de l'enfant,[3] un investissement supplémentaire de US $5 par personne et par an pour assurer la gamme complète des soins de santé génésique et des soins à la mère, au nouveau-né et à l'enfant aurait un rendement de 900 % en retombées sociales et économiques dans les pays les plus touchés.

17. En 2011, dans la résolution WHA64.12 sur le rôle de l'OMS dans le suivi de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur les objectifs du Millénaire pour le développement (New York, septembre 2010), la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé a exprimé sa profonde préoccupation devant la lenteur et la disparité des progrès accomplis par rapport aux objectifs 4 et 5 du Millénaire pour le développement. Dans la résolution WHA64.13, intitulée « Vers une réduction de la mortalité périnatale et néonatale », l'Assemblée de la Santé a noté que, s'agissant de réduire la mortalité périnatale et néonatale, la situation stagnait, et elle a prié le Directeur général de promouvoir des plans ciblés pour élargir l'accès à des services de santé sûrs et de grande qualité qui soient en mesure de prévenir et de traiter les affections périnatales et néonatales. Le projet de plan d'action répond à cette demande et fait suite également aux décisions prises par l'Assemblée de la Santé dans la résolution WHA64.9 sur les structures durables de financement de la santé et la couverture universelle.

[1] Commission de l'Information et de la Redevabilité pour la Santé de la Femme et de l'Enfant, *Tenir les promesses, mesurer les résultats*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011.

[2] United Nations Commission on Life-Saving Commodities. *Commissioners' report*: September 2012. New York, United Nations, 2012.

[3] Stenberg K, Axelson H, Sheehan P, Anderson I, Gülmezoglu AM, Temmerman M et al. Advancing social and economic development by investing in women's and children's health: a new Global Investment Framework. *The Lancet* 2013; early online publication, 19 November. doi:10.1016/S0140-6736(13)62231-X.

DROITS

18. Aux termes des articles 6 et 24 de la Convention relative aux droits de l'enfant, tout nouveau-né a un droit inhérent à la vie, à la survie et au développement, et le droit de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. La notion d'obligation juridique est renforcée dans l'Observation générale n° 15 du Comité des droits de l'enfant sur le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible,[1] qui stipule que les États ont l'obligation de réduire la mortalité infantile et qu'une attention particulière doit être accordée à la mortalité néonatale.

19. En Septembre 2012, le Conseil des droits de l'homme des Nations Unies a accueilli avec satisfaction l'élaboration d'un guide technique concis concernant l'application d'une approche fondée sur les droits de l'homme à la mise en œuvre des politiques et des programmes visant à réduire la mortalité et la morbidité maternelles évitables,[2] défendant le droit des femmes de bénéficier de services et d'une aide de qualité, adéquats et financièrement abordables pour la gamme complète des soins. Dans sa résolution A/HCR/22/L.27/Rev.1 sur le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible, le Conseil a affirmé l'importance que revêt l'application d'une approche fondée sur les droits de l'homme pour réduire et éliminer la mortalité et la morbidité maternelles et infantiles évitables et a demandé à tous les États de renouveler leur engagement politique et de prendre des mesures pour remédier aux causes principales de mortalité et de morbidité.

SITUATION ACTUELLE

20. En plus des 2,9 millions d'enfants qui meurent dans le premier mois qui suit leur naissance, on estime qu'il y a 2,6 millions d'enfants morts-nés (qui meurent pendant les trois derniers mois de la grossesse ou de l'accouchement) et qu'environ 287 000 femmes meurent chaque année de complications de la grossesse et de l'accouchement. À l'échelle mondiale, le taux annuel moyen de diminution de la mortalité néonatale depuis 1990 est de 2 %, baisse qui est inférieure à celle de la mortalité maternelle (3,1 %) et de la mortalité des moins de cinq ans (2,9 %).[3]

21. Les décès de nouveau-nés surviennent pour la plupart dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Douze pays,[4] dont six sont situés en Afrique subsaharienne, enregistrent à eux seuls les deux tiers de la mortalité néonatale totale. Les pays où le taux de mortalité est égal ou supérieur à 30 décès pour 1000 naissances vivantes totalisent 60 % de la mortalité néonatale.[5]

22. De nombreux pays où la mortalité néonatale est élevée ont été récemment le théâtre de conflits ou d'urgences humanitaires. D'autres ont un système de santé précaire, doté d'une infrastructure limitée, et une faible densité d'agents de santé qualifiés, à quoi s'ajoutent d'importants paiements directs pour la population. Les inégalités d'accès à des services de qualité pour les femmes et les

[1] Convention relative aux droits de l'enfant, document CRC/C/GC/15.

[2] Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, résolution A/HRC/21/L.10.

[3] OMS, UNICEF, UNFPA, Banque mondiale. Trends in maternal mortality: 1990 to 2010. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012, et http://www.childinfo.org/files/Child_Mortality_Report_2013.pdf, respectivement.

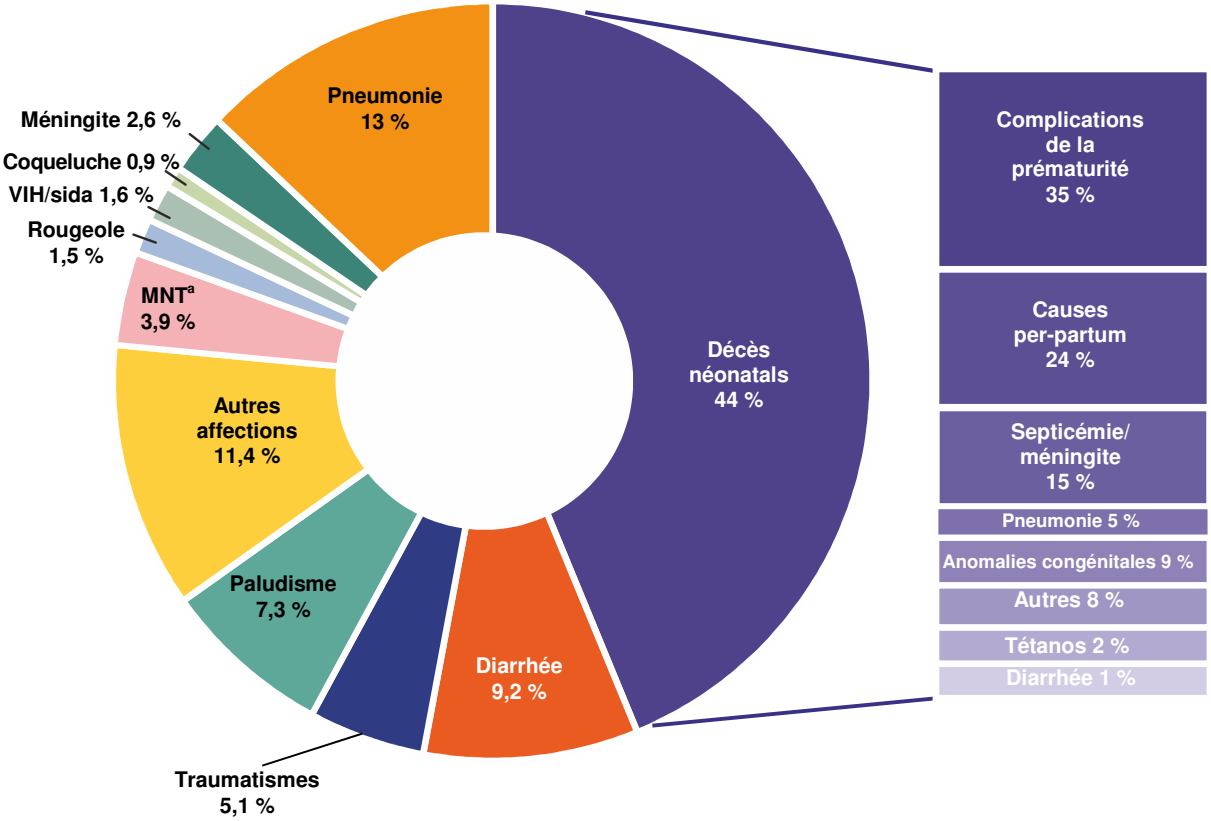
[4] Nombre annuel de décès néonatals par ordre décroissant : Inde, Nigéria, Pakistan, Chine, République démocratique du Congo, Éthiopie, Bangladesh, Indonésie, Angola, Kenya, République-Unie de Tanzanie, Afghanistan.

[5] Afghanistan, Angola, Burundi, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Djibouti, Éthiopie, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Inde, Lesotho, Mali, Mauritanie, Mozambique, Nigéria, Pakistan, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sierra Leone, Somalie, Soudan du Sud, Swaziland, Tchad, Togo et Zimbabwe.

enfants engendrent de grandes disparités dans les taux de mortalité et la couverture des interventions aussi bien entre les pays qu'à l'intérieur des pays. Néanmoins, 11 pays à revenu faible ou intermédiaire ont réussi à faire baisser leur taux de mortalité néonatale de plus de 40 % depuis 2000,[1] montrant que des progrès rapides sont possibles.

23. Trois causes étaient à l'origine de plus de 80 % de la mortalité néonatale en 2012 (Figure 1) : les complications de la prématurité, les décès néonatals per-partum (y compris l'hypoxémie) et les infections néonatales. Les complications de la prématurité sont également la deuxième cause de décès chez les enfants de moins de cinq ans. Chaque année, 15 millions d'enfants naissent prématurément et 32,4 millions naissent avec un poids inférieur au dixième percentile pour l'âge gestationnel ; 10 millions ne respirent pas à la naissance et six millions d'entre eux ont besoin d'être réanimés (par ventilation au masque ou au ballon).

Figure 1. Causes de décès chez les enfants de moins de 5 ans, 2012



Plus de 80 % des décès néonatals surviennent chez des enfants petits (prématurés ou petits pour l'âge gestationnel) dans les endroits où la mortalité est la plus élevée.

[a] MNT = maladies non transmissibles.
Source : OMS. Observatoire mondial de la santé, 2014.

[1] Bangladesh, Cambodge, Égypte, El Salvador, Malawi, Mongolie, Rwanda, Sénégal, Sri Lanka, République populaire démocratique de Corée et République-Unie de Tanzanie.

24. Les enfants petits et de faible poids de naissance (prématurés ou petits pour l'âge gestationnel, voire les deux) sont les plus exposés au risque de décès in utero, pendant la période néonatale et durant toute la petite enfance. Dans le sud de l'Asie et en Afrique subsaharienne, plus de 80 % de l'ensemble des décès néonatals se produisent chez des enfants petits.

25. Les handicaps demeurent un problème important. Beaucoup pourraient être évités grâce à des soins adéquats pendant le travail, l'accouchement et la période néonatale. Les prématurés qui survivent au-delà du premier mois suivant leur naissance sont plus exposés au risque de mortalité post-néonatale, de troubles neurodéveloppementaux persistants, de retard de croissance et de maladie non transmissible. Les enfants petits pour l'âge gestationnel risquent de présenter un retard de croissance et de souffrir de maladies métaboliques à l'âge adulte. Quatre millions d'enfant nés à terme ou quasiment à terme souffrent d'autres affections potentiellement mortelles, notamment de traumatismes cérébraux per-partum, d'infections bactériennes graves et de jaunisse pathologique, qui laissent des séquelles à vie. Chaque année, plus d'un million de nouveau-nés présentent des troubles neurodéveloppementaux persistants. Il est donc important de ne pas se concentrer uniquement sur la survie de l'enfant mais d'assurer un suivi adéquat des enfants atteints de ces affections, qui conjugue le dépistage précoce à des soins et à des services de réadaptation appropriés. Comme le souligne l'article 23 de la Convention relative aux droits de l'enfant, il importe aussi de répondre aux besoins des enfants mentalement ou physiquement handicapés.

26. Environ 10 % de la charge mondiale de morbidité est liée aux affections néonatales et congénitales. Comme l'Assemblée de la Santé l'a reconnu dans la résolution WHA63.17 sur les malformations congénitales, les facteurs à l'origine des malformations et des anomalies congénitales peuvent avoir une incidence sur l'état de santé des enfants qui passent le cap de la période néonatale, tout comme nombre de causes et de déterminants des troubles congénitaux. La prévention des malformations congénitales et la prise en charge des enfants qui en sont atteints doivent être intégrées dans les services existants de santé génésique et de santé de la mère et de l'enfant, avec une protection sociale pour tous ceux qui en ont besoin.

27. Les déterminants sociaux jouent un rôle important dans la santé des femmes et des nouveau-nés. La pauvreté, les inégalités et les troubles sociaux compromettent les soins aux mères et aux nouveau-nés de nombreuses manières, par exemple du fait du mauvais état nutritionnel des filles et des femmes (y compris pendant la grossesse), de problèmes de logement et d'assainissement. Les situations d'urgence humanitaire complexes déclenchent des mouvements de population de grande ampleur (qui concernent aussi les femmes enceintes et les nouveau-nés) et compromettent l'accès à des systèmes de santé fonctionnels. Un faible niveau d'instruction, la discrimination fondée sur le sexe et les difficultés d'accès à l'autonomie empêchent les femmes de consulter et de faire les meilleurs choix pour leur santé et celle de leurs enfants, ce qui entraîne des retards dangereux et des décès inutiles. Le présent plan d'action tient compte des liens intrinsèques entre les facteurs contextuels et la santé maternelle et néonatale et privilégie essentiellement les solutions qui passent par le système de santé.

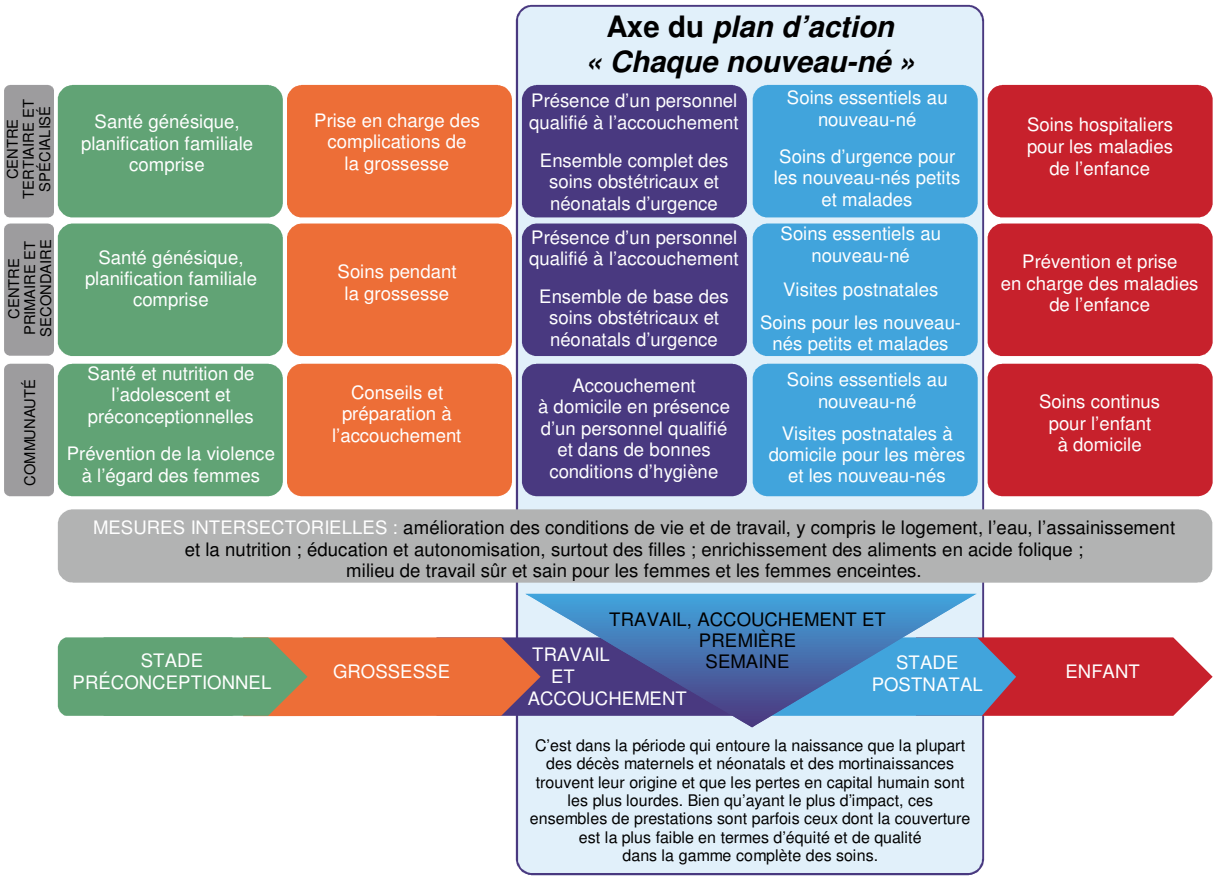
INTERVENTIONS EFFICACES POUR AMÉLIORER LA SANTÉ DES NOUVEAU-NÉS DANS TOUTE LA GAMME DES SOINS

28. Il existe des possibilités sans précédent d'améliorer la santé des nouveau-nés aujourd'hui que les analyses et les recherches faites depuis plusieurs décennies ont fourni des informations sur l'ampleur et les causes de la mortalité néonatale, ont démontré l'efficacité de certaines interventions et

de certains modes de prestation des services, et indiqué les moyens d'étendre plus rapidement la couverture des interventions et de réduire la mortalité.[1]

29. Les interventions efficaces pour améliorer la survie et la santé des nouveau-nés sont l'une des composantes des services intégrés de santé génésique et de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (Figure 2). L'efficacité de ces interventions est attestée à toutes les étapes de la vie et elles ont été regroupées par niveau de prestation des services.[2] Beaucoup d'entre elles sont mises en œuvre à partir de plates-formes communes de prestation ; la planification et la prestation intégrées peuvent garantir l'efficacité et l'efficience des services de santé destinés aux femmes et aux enfants.

Figure 2. Ensembles de prestations couvrant la gamme complète des soins

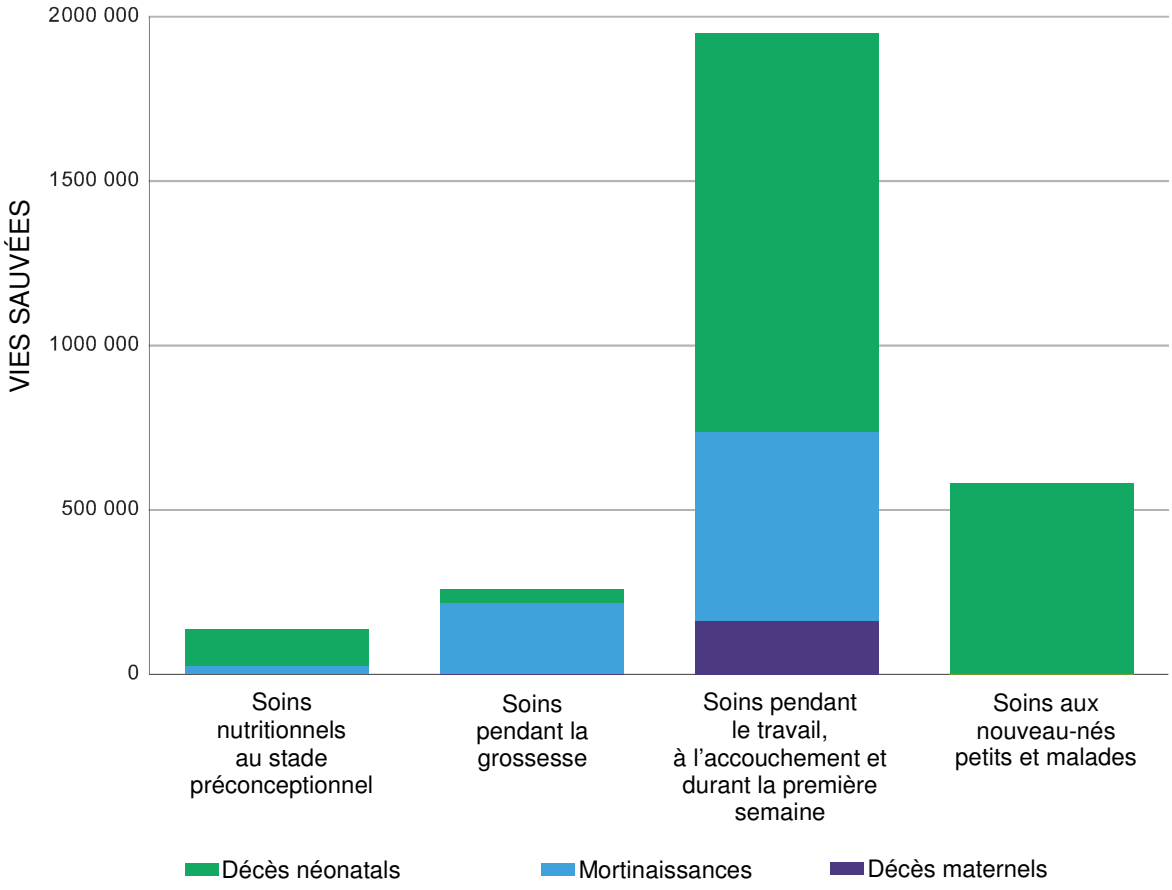

Axe du plan d'action « Chaque nouveau-né »
CENTRE TERTIAIRE ET SPÉCIALISÉ
Santé génésique, planification familiale comprise
Prise en charge des complications de la grossesse
Présence d'un personnel qualifié à l'accouchement
Ensemble complet des soins obstétricaux et néonatals d'urgence
Soins essentiels au nouveau-né
Soins d'urgence pour les nouveau-nés petits et malades
Soins hospitaliers pour les maladies de l'enfance
CENTRE PRIMAIRE ET SECONDAIRE
Santé génésique, planification familiale comprise
Soins pendant la grossesse
Présence d'un personnel qualifié à l'accouchement
Ensemble de base des soins obstétricaux et néonatals d'urgence
Soins essentiels au nouveau-né
Visites postnatales
Soins pour les nouveau-nés petits et malades
Prévention et prise en charge des maladies de l'enfance
COMMUNAUTÉ
Santé et nutrition de l'adolescent et préconceptionnelles
Prévention de la violence à l'égard des femmes
Conseils et préparation à l'accouchement
Accouchement à domicile en présence d'un personnel qualifié et dans de bonnes conditions d'hygiène
Soins essentiels au nouveau-né
Visites postnatales à domicile pour les mères et les nouveau-nés
Soins continus pour l'enfant à domicile
MESURES INTERSECTORIELLES : amélioration des conditions de vie et de travail, y compris le logement, l'eau, l'assainissement et la nutrition ; éducation et autonomisation, surtout des filles ; enrichissement des aliments en acide folique ; milieu de travail sûr et sain pour les femmes et les femmes enceintes.
TRAVAIL, ACCOUCHEMENT ET PREMIÈRE SEMAINE
STADE PRÉCONCEPTIONNEL
GROSSESSE
TRAVAIL ET ACCOUCHEMENT
STADE POSTNATAL
ENFANT
C'est dans la période qui entoure la naissance que la plupart des décès maternels et néonatals et des mortinaissances trouvent leur origine et que les pertes en capital humain sont les plus lourdes. Bien qu'ayant le plus d'impact, ces ensembles de prestations sont parfois ceux dont la couverture est la plus faible en termes d'équité et de qualité dans la gamme complète des soins.

[1] Compilation des recommandations de l'OMS sur la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/mnca-recommendations/en/, consulté le 27 mars 2014).

[2] *Tour d'horizon mondial des interventions essentielles en santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile*. Genève, Le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, 2011.

30. Les ensembles de soins qui contribuent le plus à mettre fin aux décès néonatals et aux mortinaissances évitables sont notamment ceux dispensés pendant le travail, à l'accouchement et durant la première semaine qui suit la naissance ainsi que les soins dispensés aux nouveau-nés petits et malades. La Figure 3 donne une estimation préliminaire de l'impact qu'auraient ces interventions si la couverture universelle des soins était instaurée d'ici 2025. Étant donné que ces ensembles d'interventions sont ceux qui sauveraient le plus grand nombre de nouveau-nés tout en évitant des décès maternels et des mortinaissances, c'est sur eux qu'est axé le plan d'action « Chaque nouveau-né ».

Figure 3. Nombre de vies qui pourraient être sauvées d'ici 2025 grâce à la couverture universelle des soins (résultats préliminaires)



Source : Analyse spéciale exposée en détail dans la série Every newborn de *The Lancet*, sous presse.

31. Les interventions regroupées dans l'ensemble « Soins pendant le travail, à l'accouchement et durant la première semaine qui suit la naissance » comprennent (sans toutefois s'y limiter) les soins dispensés par un personnel qualifié pendant l'accouchement, les soins obstétricaux de base et complets, la prise en charge des naissances prématurées (y compris l'administration prénatale de corticoïdes) et les soins essentiels au nouveau-né (respect des règles d'hygiène, maintien au chaud, aide à l'allaitement maternel et, le cas échéant, réanimation). Il est important que les interventions ciblant la mère et le nouveau-né soient considérées comme une unité fonctionnelle assurée en un court laps de temps par le même agent de santé (ou la même équipe) au même endroit, avec orientation-recours de la mère et de l'enfant tous deux ensemble en cas de complications.

32. L'ensemble des « soins aux nouveau-nés petits et malades » comprend la prise en charge des complications chez les prématurés et/ou chez les enfants petits pour l'âge gestationnel et la prise en charge des infections néonatales (septicémie, méningite, pneumonie et diarrhée). Une bonne prise en charge des nouveau-nés petits et malades passe par des mesures supplémentaires de thermorégulation et par l'assistance alimentaire aux bébés petits ou prématurés, notamment par la méthode « mère kangourou », une antibiothérapie en cas d'infection et l'intégralité des soins de soutien en milieu médical. Ces derniers englobent une assistance alimentaire supplémentaire (alimentation à la tasse et par sonde nasogastrique, perfusions), la prévention et la prise en charge des infections, une oxygénothérapie sans risque, la prise en charge de la jaunisse et, éventuellement, l'administration de surfactant et une assistance respiratoire.

33. Les soins postnatals offrent une plate-forme pour dispenser des soins au nouveau-né normal, notamment pour promouvoir des pratiques saines et déceler tout problème nécessitant des soins supplémentaires. Ils sont assurés dans un autre intervalle de temps, souvent par différents dispensateurs et en différents endroits. Les soins au nouveau-né normal comprennent la mise en route sans délai de l'allaitement maternel (exclusif), la prévention de l'hypothermie, le respect des règles d'hygiène postnatale et les soins du cordon ombilical. Une surveillance étroite pendant 24 heures et au moins trois visites postnatales (au jour 3 (48-72 heures), entre les jours 7 et 14, et six semaines après la naissance) sont recommandées pour toutes les mères et tous les nouveau-nés afin de mettre en place de bonnes pratiques et de dépister toute affection mettant la vie en jeu.[1]

34. D'autres interventions dans la gamme des soins sont elles aussi déterminantes pour la survie et la santé des femmes et de leurs enfants. Ainsi, les soins prénatals se prêtent à une prestation intégrée des services pour femmes enceintes, y compris de services obstétricaux, mais ils couvrent aussi les infections, par exemple la prévention, le dépistage et le traitement du paludisme et de la syphilis pendant la grossesse, la prise en charge des femmes atteintes de tuberculose et d'infection à VIH, la prévention de la transmission mère-enfant du VIH et la lutte contre les pratiques nocives comme le tabagisme et la consommation d'alcool. D'après les *Statistiques sanitaires mondiales* de l'OMS (2013), le taux de couverture de certaines interventions comme la vaccination antitétanique est déjà élevé dans de nombreux endroits (82 % de l'ensemble des nouveau-nés sont aujourd'hui protégés à la naissance contre le tétanos néonatal) ; les possibilités d'éviter des décès sont donc moins nombreuses (voir la Figure 3), mais les taux de couverture doivent rester élevés. Quelque 81 % des femmes se voient prodiguer des soins prénatals au moins une fois au cours de leur grossesse, mais seulement 55 % bénéficient du minimum recommandé de quatre consultations, et la qualité des soins laissent souvent à désirer.

35. Les soins dispensés avant et entre les grossesses ont une incidence sur la survie et la santé des femmes et de leurs enfants. En permettant de retarder, d'espacer et de limiter les naissances, la contraception concourt de manière cruciale à réduire la mortalité néonatale et à améliorer la santé des mères, de leurs bébés et de leurs autres enfants. L'accès à la planification familiale et le droit de décider du moment et de la fréquence des grossesses sont des facteurs d'autonomisation des femmes et des jeunes filles et améliorent la santé et les chances de survie de leurs enfants. Les investissements consacrés à la planification familiale contribueront beaucoup à faire baisser globalement la mortalité maternelle et néonatale : une diminution du nombre de grossesses non désirées pourrait permettre d'éviter 60 % des décès maternels et 57 % des décès d'enfants.

36. Les autres composantes des soins dispensés avant et entre les grossesses qui influent sur la santé du nouveau-né comprennent l'acquisition des compétences essentielles, la nutrition, la lutte contre les pratiques nocives (comme le tabagisme et la consommation d'alcool), le dépistage et le traitement

[1] *WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013.

d'affections telles que les infections sexuellement transmissibles et les troubles mentaux, et la lutte contre la violence entre partenaires intimes. L'état nutritionnel des femmes est particulièrement important, car une femme dénutrie avant la grossesse a plus de chances de mettre au monde un enfant prématuré ou petit pour l'âge gestationnel, ou les deux. Le risque est en partie déterminé par la sous-alimentation de la femme pendant ses 1000 premiers jours de vie et pendant l'adolescence. Il est indispensable de briser le cycle intergénérationnel entre sous-alimentation et mauvaise santé, compte tenu notamment des éléments de plus en plus nombreux montrant le lien entre, d'une part, un faible poids de naissance et la sous-alimentation pendant les 1000 premiers jours de vie et, d'autre part, les maladies non transmissibles à l'âge adulte.

37. La prévention des grossesses précoces non désirées chez les adolescentes est un élément capital des mesures visant à améliorer la santé des nouveau-nés.[1] La grossesse et l'accouchement présentent plus de risques pour les très jeunes mères et leurs enfants.[2] Le fait de retarder la grossesse chez les adolescentes est un moyen efficace de sauver la vie de mères et de nouveau-nés et de permettre aux filles de terminer leur scolarité.

38. Un professionnel de la santé qualifié en obstétrique et dévoué est le mieux à même de prodiguer des soins aux femmes avant, pendant et entre les grossesses, pendant et après l'accouchement (soins postnatals)[3] et des soins aux nouveau-nés. Les soins doivent être dispensés de manière respectueuse, en cherchant à optimiser les processus biologiques normaux. Dans la plupart des cas, le dispensateur sera une sage-femme professionnelle, qui aura besoin de l'appui d'une équipe composée d'autres professionnels de la santé – infirmières, obstétriciens et pédiatres – en cas de complications. L'équipe pourrait assurer toute la gamme de soins dans les endroits où il n'y a pas de sages-femmes professionnelles : on parle alors de « personnel obstétrical ».

39. Les agents de santé communautaires, en particulier dans les zones rurales, peuvent jouer un rôle important en faisant le trait d'union entre les services de santé et les familles, et on a constaté que les visites qu'ils effectuent à domicile pendant la grossesse et durant la semaine qui suit la naissance avaient des effets positifs sur les pratiques suivies avec les nouveau-nés et sur le taux de mortalité néonatale. Ils sont aussi capables de dépister les complications du post-partum, d'aiguiller les mères vers un centre spécialisé et de donner des conseils de planification familiale. D'autres agents communautaires tels que les chefs traditionnels, les membres influents de la famille et les accoucheuses traditionnelles ont également une influence sur la demande de soins dispensés par un personnel qualifié et sur l'accès à ces soins.

40. L'offre d'une gamme complète de soins à tous les stades de l'existence exige une coordination continue et fonctionnelle entre les différents niveaux des services de santé et les secteurs public et privé. L'offre de soins de santé aux femmes et aux nouveau-nés requiert une coordination des programmes et des initiatives techniques et la collaboration de tous les acteurs concernés : pouvoirs publics, associations professionnelles, société civile, établissements universitaires et instituts de recherche, entreprises, partenaires de développement et familles.

---

[1] *Preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011.

[2] *La mère-enfant. Face aux défis de la grossesse chez l'adolescente*. UNFPA état de la population mondiale 2013. New York, Fonds des Nations Unies pour la Population, 2013.

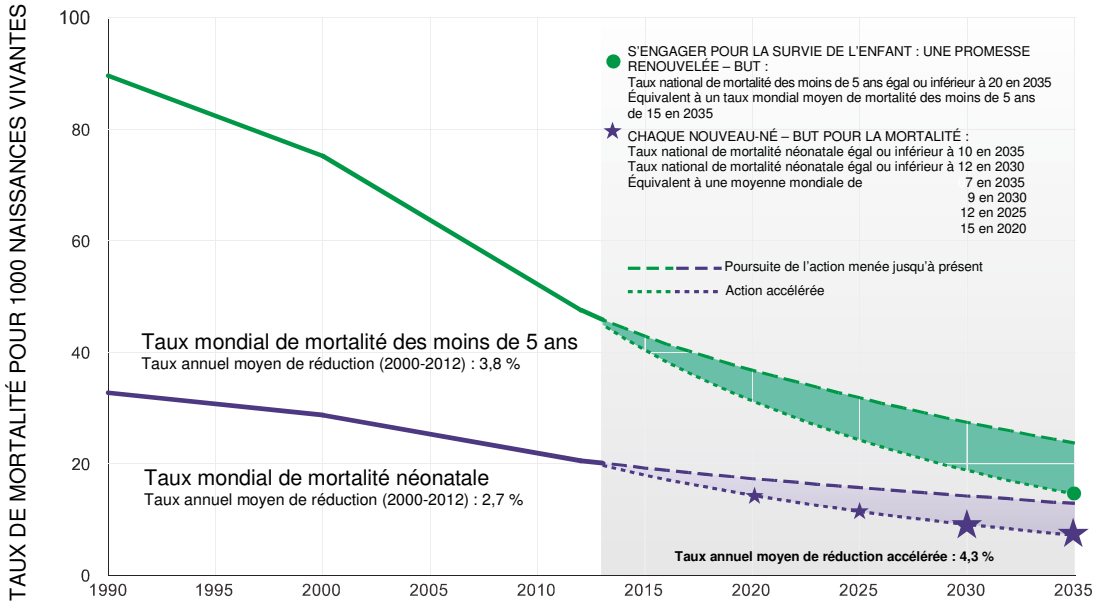
[3] Le terme « soins postnatals » désigne les soins dispensés aux mères et aux enfants pendant les six semaines qui suivent la naissance, conformément aux recommandations de l'OMS sur les soins postnatals aux mères et aux nouveau-nés (Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013).

PLAN D'ACTION : IDÉAL ET BUTS

41. Le plan d'action « Chaque nouveau-né » a pour **idéal** un monde sans décès néonatals ni mortinaissances évitables, où toutes les grossesses sont désirées, où chaque naissance est une joie, où les femmes, les bébés et les enfants survivent, prospèrent et réalisent tout leur potentiel.

42. **But 1 – Mettre fin aux décès néonatals évitables :**[1] tous les pays atteindront le but de moins de 10 décès néonatals pour 1000 naissances vivantes d'ici 2035 et continueront à réduire la mortalité et la fréquence des handicaps, en veillant à ce qu'aucun enfant ne soit laissé pour compte. Ce progrès équivaudra à un taux mondial moyen de mortalité néonatale de 7 décès pour 1000 naissances vivantes, chiffre qui non seulement va dans le sens de l'objectif fixé dans le document « S'engager pour la survie de l'enfant : une promesse renouvelée »,[2] consistant à mettre fin aux décès évitables chez les enfants, mais est nécessaire à sa réalisation. D'ici 2030, tous les pays enregistreront un taux égal ou inférieur à 12 décès néonatals pour 1000 naissances vivantes, ce qui équivaudra à un taux mondial moyen de mortalité néonatale de 9 pour 1000 naissances vivantes (voir les autres buts intermédiaires dans la Figure 4). Des liens de correspondance sont prévus entre ces buts et ceux qui seront proposés pour mettre fin aux décès maternels évitables. Tous les pays devront veiller à atteindre aussi ce but pour les populations mal desservies, afin de maximiser le capital humain. Ce but peut être considéré comme la continuation du quatrième objectif du Millénaire pour le développement, pour mener à bien le chantier inachevé en matière de mortalité néonatale.

Figure 4. Mettre fin aux décès néonatals et infanto-juvéniles évitables


TAUX DE MORTALITÉ POUR 1000 NAISSANCES VIVANTES
100
80
60
40
20
0
1990
1995
2000
2005
2010
2015
2020
2025
2030
2035
S'ENGAGER POUR LA SURVIE DE L'ENFANT : UNE PROMESSE RENOUVELÉE – BUT :
Taux national de mortalité des moins de 5 ans égal ou inférieur à 20 en 2035
Équivalent à un taux mondial moyen de mortalité des moins de 5 ans de 15 en 2035
CHAQUE NOUVEAU-NÉ – BUT POUR LA MORTALITÉ :
Taux national de mortalité néonatale égal ou inférieur à 10 en 2035
Taux national de mortalité néonatale égal ou inférieur à 12 en 2030
Équivalent à une moyenne mondiale de 7 en 2035
9 en 2030
12 en 2025
15 en 2020
Poursuite de l'action menée jusqu'à présent
Action accélérée
Taux mondial de mortalité des moins de 5 ans
Taux annuel moyen de réduction (2000-2012) : 3,8 %
Taux mondial de mortalité néonatale
Taux annuel moyen de réduction (2000-2012) : 2,7 %
Taux annuel moyen de réduction accélérée : 4,3 %

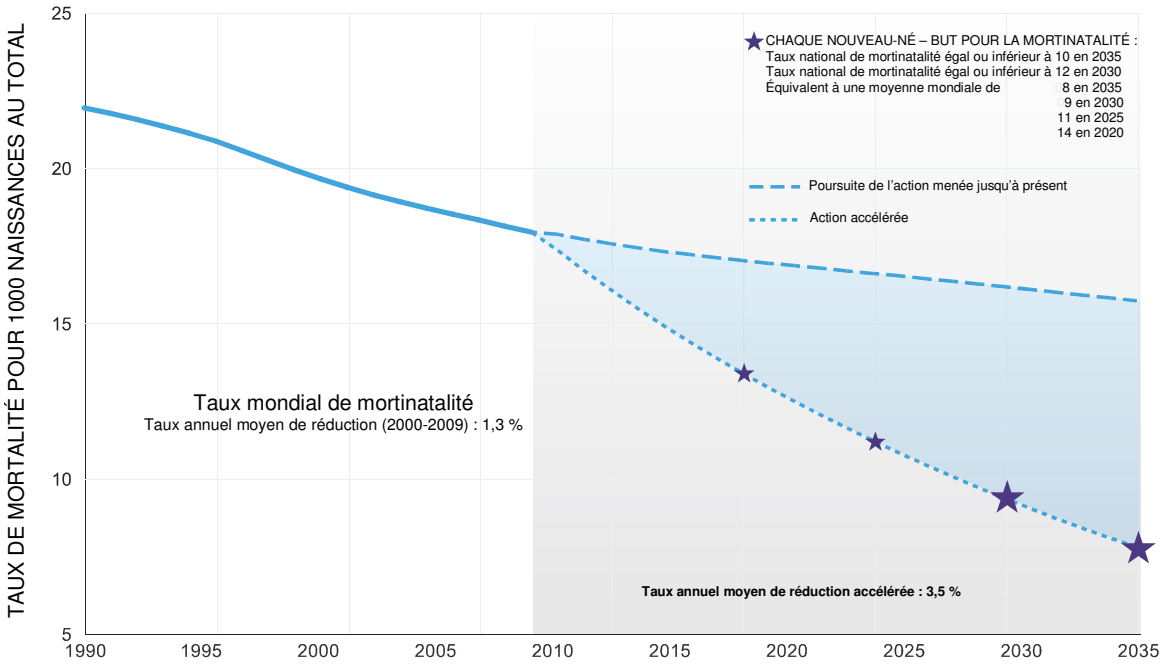
Sources : Consultations officielles en ligne et avec les pays, et données sur le taux de mortalité néonatale du Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité juvénile, 2013.

[1] Un décès néonatal est défini comme le décès dans les 28 jours après sa naissance d'un enfant né vivant, quels que soient son poids et son âge gestationnel.

[2] UNICEF. *Committing to child survival: a promise renewed – progress report 2013*. New York, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, 2013.

43. **But 2 – Mettre fin aux mortinaissances évitables :**[1] tous les pays atteindront le but de moins de 10 mortinaissances pour 1000 naissances au total d'ici 2035 et continueront à réduire les inégalités. Ce progrès équivaudra à un taux mondial moyen de mortinatalité de 8 pour 1000 naissances au total. D'ici 2030, tous les pays enregistreront un taux égal ou inférieur à 12 mortinaissances pour 1000 naissances au total, ce qui équivaudra à un taux mondial moyen de mortinatalité de 9 pour 1000 naissances au total (voir les autres buts intermédiaires dans la Figure 5). Tous les pays devraient s'attacher à redresser les inégalités et utiliser les données de contrôle pour recenser et prévenir les mortinaissances.

Figure 5. Mettre fin aux mortinaissances



Sources : Consultations officielles en ligne et avec les pays, et données sur le taux de mortinatalité tirées de la série de *The Lancet* sur la mortinatalité.[2]

44. La réalisation des buts ambitieux proposés dans le présent plan d'action, à savoir mettre fin aux décès néonatals et aux mortinaissances évitables d'ici 2035, avec des buts intermédiaires en 2020, 2025 et 2030, est impossible sans instaurer dans tous les pays une couverture équitable de toutes les femmes et de tous les nouveau-nés par des soins de grande qualité comprenant soins essentiels, soins spécialisés et soins d'urgence. Pour cela, un système de mesure et de responsabilisation et des passerelles avec d'autres plans mondiaux et nationaux sont indispensables.

[1] À des fins de comparaisons internationales, une mortinaissance est définie comme un enfant né sans signes de vie, avec un poids de plus de 1000 g ou à plus de 28 semaines de gestation.

[2] Cousens S, Blencowe H, Stanton C, Chou D, Ahmed S, Steinhardt L et al. National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2009 with trends since 1995: a systematic analysis. *The Lancet* 2011;377(9774):1319-30. doi:10.1016/S0140-6736(10)62310-0.

OBJECTIFS STRATÉGIQUES ET PRINCIPES DU PLAN D'ACTION

45. Pour atteindre l'idéal et les objectifs visés en matière de mortalité, le plan d'action propose cinq objectifs stratégiques.

Objectif stratégique 1 : Renforcer, à l'aide d'investissements, les soins fournis pendant le travail, l'accouchement et le premier jour et la première semaine de vie. Une large proportion des décès maternels, des décès de nouveau-nés et des mortinaissances surviennent pendant cette période. Il est possible d'éviter un grand nombre de décès et de complications en assurant la fourniture de soins essentiels de qualité à chaque femme enceinte et à chaque nouveau-né pendant la période du travail et de l'accouchement et au cours des premières 24 heures et de la première semaine de vie.

Objectif stratégique 2 : Améliorer la qualité des soins maternels et néonatals. La qualité des soins reste très inégale dans l'ensemble des soins de santé de la mère et de l'enfant. Dans de nombreux contextes, les femmes et les nouveau-nés ne reçoivent pas les soins dont ils ont besoin, même lorsqu'ils ont un contact avec le système de santé avant, pendant ou après la grossesse. Toute amélioration passe par l'introduction de soins de santé de qualité dans le cadre d'interventions efficaces et économiques, ayant un fort impact et destinées simultanément à la mère et au nouveau-né – mises en œuvre, dans la plupart des cas, en même temps par les mêmes personnels de santé ayant des compétences obstétricales.

Objectif stratégique 3 : Atteindre chaque femme et chaque nouveau-né pour réduire les inégalités. L'accès aux soins de santé de qualité dont chacun a besoin sans être exposé à des difficultés financières est un droit fondamental. Il est de plus en plus solidement établi que les moyens destinés à mettre fin aux décès néonatals évitables contribuent efficacement à accélérer la couverture des interventions essentielles, notamment grâce à des innovations telles que la délégation des tâches, l'amélioration de l'accès aux produits d'importance vitale, l'assurance-maladie et les mécanismes de financement, et l'utilisation des technologies de l'information et des réseaux sociaux et de connaissance.

Objectif stratégique 4 : Se servir de l'influence des parents, des familles et des communautés. Les responsables communautaires, les associations féminines et les agents communautaires associés ont le pouvoir de changer le cours des choses et d'améliorer les résultats sanitaires pour les nouveau-nés, en particulier dans les communautés rurales défavorisées. L'éducation et l'information sont essentielles pour doter les parents, les familles et leurs communautés des moyens nécessaires pour exiger des soins de qualité et pour améliorer les pratiques de soins à domicile.

Objectif stratégique 5 : Recenser chaque nouveau-né – système de mesure, suivi des programmes et responsabilisation. Les activités de mesure permettent aux responsables d'améliorer les résultats et d'adapter leur action le cas échéant. L'évaluation des résultats et des flux financiers au moyen d'indicateurs normalisés améliore la responsabilisation. Il est urgent d'améliorer les systèmes de mesure à l'échelle mondiale et nationale, notamment pour ce qui est de l'issue des naissances et de la qualité des soins au moment de la naissance. Chaque nouveau-né doit être enregistré, et les décès néonatals et maternels comme les mortinaissances doivent être comptabilisés.

46. Le plan d'action repose sur six principes directeurs :

1) **Direction nationale.** C'est en premier lieu aux pays qu'il incombe d'établir une bonne gouvernance et de fournir des services de santé génésique et des services de santé maternelle et néonatale efficaces et de qualité. La participation des communautés à la planification, à la mise en œuvre et au suivi des politiques et programmes qui les visent joue un rôle essentiel et elle est l'un des mécanismes de transformation les plus efficaces pour l'action et le suivi des responsabilités concernant la santé des nouveau-nés. Les partenaires pour le développement devraient harmoniser leurs contributions et leur action.

2) **Droits humains.** L'ensemble de la planification et de la programmation pour la santé génésique et la santé de la mère et du nouveau-né, et toutes les phases du processus de programmation, devraient être guidés par les principes et normes issus des conventions internationales sur les droits humains. Les données disponibles et la pratique témoignent de l'importance vitale pour la santé et le développement de nombreuses réalisations en matière de droits humains.

3) **Intégration.** La fourniture à chaque femme et à chaque nouveau-né de soins de qualité, disponibles sans discrimination, accessibles et acceptables, passe par une prestation intégrée des services. La coordination des approches du système de santé entre les programmes, les acteurs et les initiatives multiples pour la gamme complète des soins de santé génésique, de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, et des soins relatifs à la nutrition, est par conséquent essentielle, sans que se relâche l'attention particulière accordée au nouveau-né.

4) **Équité.** Une couverture équitable et universelle des interventions très efficaces et une attention prioritaire accordée aux groupes de population exclus, vulnérables et démunis sont essentielles pour le respect du droit à la vie, à la survie, à la santé et au développement de chaque femme et de chaque nouveau-né.

5) **Responsabilisation.** Une couverture des programmes efficace, accessible, intégrée et transparente et des mécanismes de suivi de l'impact, un processus d'examen indépendant et la participation de tous les acteurs concernés sont les conditions requises pour une couverture équitable, la qualité des soins et l'utilisation optimale des ressources. La responsabilisation inclut aussi l'accès aux moyens et mécanismes pour obtenir des mesures correctives, qu'elles soient juridiques, administratives ou autres.

6) **Innovation.** Des données relatives aux meilleures pratiques ont été recueillies au cours des dernières décennies sur les stratégies qui élargissent la couverture des interventions pour les nouveau-nés et réduisent la mortalité. Il conviendrait néanmoins de réfléchir à des moyens novateurs d'accroître la participation de tous les acteurs concernés et d'atteindre les populations les plus pauvres et les plus déshéritées. L'optimisation de l'application du savoir concernant les interventions et les stratégies les plus efficaces requiert davantage d'activités de recherche-développement.

MESURES POUR ATTEINDRE LES OBJECTIFS STRATÉGIQUES

Objectif stratégique 1 : Renforcer, à l'aide d'investissements, les soins fournis pendant le travail, l'accouchement et le premier jour et la première semaine de vie

Raison d'être de l'objectif stratégique 1

47. La période allant de la 29e semaine de gestation au premier mois après la naissance revêt une importance toute particulière non seulement pour la survie, mais aussi pour les interactions et le développement du jeune enfant, alors que se mettent en place les fondations pour l'évolution de ses compétences cognitives et psychosociales. C'est au cours de cette période qu'ont lieu 44 %(1,2 million) des mortinaissances, 73 % (2 millions) des décès de nouveau-nés et 61 % (206 250) des décès maternels.

48. Chaque femme enceinte devrait recevoir des soins essentiels dispensés par une personne qualifiée, capable de surveiller le travail et d'apporter une aide pendant l'accouchement, de détecter rapidement les complications et de les prendre correctement en charge, et d'organiser un transfert immédiat s'il y a lieu. De la même façon, chaque nouveau-né doit bénéficier des soins néonatals essentiels immédiatement après la naissance et pendant la première journée, puis aux moments critiques de la première semaine et au-delà.

49. Bien que la proportion mondiale des femmes qui accouchent en présence de personnel qualifié (médecins, personnel infirmier ou sages-femmes) ait atteint 70 %, des disparités importantes subsistent à l'intérieur des pays et entre eux. En Afrique subsaharienne notamment, seule la moitié de la population bénéficie de la présence de personnel qualifié lors de l'accouchement. Dans de nombreux pays, les soins les plus efficaces à la naissance sont dispensés par le personnel qualifié des établissements de santé publics ou privés, la survie de la mère et de l'enfant en cas de complications dépendant de l'accès immédiat à des services obstétricaux et néonatals d'urgence.

50. Les ensembles d'intervention qui ont fait leurs preuves devraient permettre de fournir des soins de base et des soins supplémentaires aux femmes et aux nouveau-nés pour prévenir ou traiter les principales causes de mortalité. La fourniture de soins supplémentaires aux nouveau-nés de petite taille (soit petit pour l'âge gestationnel et/ou prématuré) et aux nouveau-nés malades est particulièrement importante pour la réduction de la mortalité néonatale. Le personnel de santé doit être suffisamment compétent et équipé pour soutenir les mères et ces enfants, un grand nombre d'entre eux n'ayant pas besoin de soins élaborés ou intensifs et pouvant être convenablement pris en charge dans un établissement de santé de premier niveau, voire dans la communauté. Les établissements de soins hospitaliers peuvent jouer un rôle vital pour les nouveau-nés qui ont besoin de l'intégralité des soins de soutien en milieu médical (voir le paragraphe 32). Des recherches menées récemment montrent que le traitement d'éventuelles infections bactériennes graves par une antibiothérapie simplifiée administrée en ambulatoire dans les établissements de soins primaires peut permettre de sauver des vies supplémentaires dans les lieux où il n'est pas possible de transférer les nouveau-nés dans une structure hospitalière.

51. La recherche constitue un élément important de l'investissement dans les soins pendant la période qui entoure la naissance et fait partie intégrante des mesures proposées dans le présent plan. Parmi les priorités de la recherche figurent la compréhension des facteurs qui empêchent ou facilitent l'élargissement de la couverture des interventions dont l'utilité est avérée dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, les moyens de combler les lacunes existantes (tels que la nécessité d'améliorer la connaissance des fondements biologiques du travail à terme et avant terme, et les nouveaux moyens de

prévenir les naissances prématurées) et la recherche sur les effets à long terme, plus tard au cours de la vie, des maladies se produisant avant et au moment de la conception, au cours de la grossesse et du premier mois de vie. Il est aussi essentiel d'améliorer la collecte des données et d'encourager l'innovation et la collaboration.

Mesures proposées

Principales mesures proposées pour atteindre l'objectif stratégique 1

Les gouvernements, en collaboration avec les acteurs concernés, devraient :

a) mener une analyse de situation systématique et convenir d'un ensemble essentiel d'interventions et de soins adaptés au contexte local ;

b) instituer des mesures pour améliorer la couverture des soins qualifiés à la naissance dans les établissements de santé ;

c) améliorer la prise de conscience dans la communauté de l'importance de la période entourant la naissance et de la première semaine de vie pour prévenir les décès maternels et néonatals et les mortinaissances ;

d) accroître la responsabilisation de tous les acteurs concernés ;

e) concevoir des plans nationaux pour la santé néonatale dans le cadre de la gamme complète des soins relatifs à la santé génésique, la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, et la nutrition, ou préciser les plans existants ;

f) attribuer des ressources financières appropriées pour mettre en œuvre le plan national.

52. Les pouvoirs publics et tous les acteurs concernés devraient sensibiliser l'opinion et faire prendre conscience aux communautés de l'importance capitale pour la survie de la mère et du nouveau-né de la période autour de l'accouchement et de la première semaine de vie, et ils devraient être tenus de rendre compte de la création des conditions garantissant le respect du droit de chaque mère et de chaque nouveau-né à la santé et aux soins.

53. Tous les pays sont encouragés à élaborer ou réorienter leurs politiques et leurs plans d'action nationaux conformément aux principes, aux buts, aux cibles et aux objectifs stratégiques du plan d'action. Chaque gouvernement devrait mener une analyse de situation systématique et convenir d'un ensemble essentiel d'interventions et de soins adaptés au contexte local, correspondant à la charge de morbidité et de mortalité néonatales et s'inscrivant dans la continuité des soins. L'accent devrait être mis sur l'égalité de l'accès à des soins de qualité pendant le travail, l'accouchement et la première semaine de la période postnatale dans tous les plans d'action nationaux pertinents.

54. Des ensembles complets de soins pour la mère et le nouveau-né doivent faire partie des prestations de base dans les systèmes de santé universels existants ou émergents dans tous les pays. Les autorités nationales devraient instaurer des mesures pour accroître la couverture des soins dispensés par du personnel qualifié à la naissance dans les établissements de santé. Elles devraient appuyer la mise en œuvre de lignes directrices et de politiques destinées à améliorer la prise en charge pendant le travail et l'accouchement, et notamment l'utilisation du partogramme – un outil simple permettant de suivre le travail et d'anticiper les complications –, et à accroître le nombre des visites postnatales effectuées auprès de la mère et du nouveau-né. Il conviendrait, le cas échéant, de former davantage de sages-femmes, de personnel auxiliaire et d'agents de santé communautaires, et de les fidéliser.

55. Les autorités nationales, avec l'appui des acteurs intéressés, devraient chiffrer les plans et allouer des fonds suffisants pour la santé des femmes et des enfants, en prêtant dûment attention aux soins dispensés au moment de l'accouchement et de la première semaine de vie. Les pouvoirs publics et tous les acteurs concernés devraient veiller à la pérennité des investissements dans la santé maternelle et néonatale au-delà de 2015, et à leur augmentation le cas échéant.

Objectif stratégique 2 : Améliorer la qualité des soins maternels et néonatals

Raison d'être de l'objectif stratégique 2

56. Des soins qualifiés à la naissance sont dispensés, dans de nombreux pays, par des sages-femmes, des infirmières et des médecins, mais les soins que reçoivent de nombreuses femmes qui accouchent avec l'aide de personnel qualifié peuvent aussi être de qualité inférieure ou de mauvaise qualité et peu respectueux de la mère et du nouveau-né. L'utilisation du partogramme n'est toujours pas généralisée et les pratiques en matière de prévention des infections et de soins au nouveau-né immédiatement après la naissance sont souvent dangereuses et non conformes aux principes de l'Initiative « Hôpitaux amis des bébés », à savoir garder l'enfant au chaud, maintenir la mère et l'enfant ensemble, mettre très tôt l'enfant au sein et promouvoir l'allaitement maternel exclusif. La création de zones adaptées aux soins du nouveau-né est souvent négligée. Ainsi, l'accroissement du nombre des naissances ayant lieu dans un établissement de santé n'est pas à la mesure de la baisse attendue de la mortalité néonatale, en particulier pour ce qui est des décès néonatals précoces. Les soins de qualité devraient être garantis pour les mères et les nouveau-nés, même dans les situations d'urgence ou de catastrophes naturelles.

57. Selon les estimations, une femme enceinte sur trois a besoin d'une intervention pendant l'accouchement et entre 5 et 15 % ont besoin d'une césarienne.[1] Dans les régions à forte mortalité, nombreux sont les femmes et les nouveau-nés qui n'ont pas accès aux soins obstétricaux d'urgence, voire aux soins néonatals de base. L'incidence des complications à la naissance, des décès per-partum et de l'encéphalite néonatale augmente parallèlement à la mortalité néonatale, reflétant l'absence de soins obstétricaux et de soins d'urgence néonatals de qualité. Bien qu'un taux élevé de césariennes ne soit pas souhaitable, les taux inférieurs à 5 % sont généralement révélateurs de la non-disponibilité de soins d'urgence et de soins intensifs pour la mère et le nouveau-né.

58. Dans les régions où la mortalité est moins élevée, les issues sanitaires dépendent aussi de la qualité et de l'équité des soins. Comme il est difficile de prévoir les besoins en services obstétricaux d'urgence, tous les services de maternité devraient pouvoir assurer des interventions d'importance vitale pour la mère et le nouveau-né et avoir un accès ininterrompu à des moyens de transport pour les transferts en cas de complications graves.

59. La qualité des soins est particulièrement importante pour réduire les risques de handicap ou de déficience. Les nourrissons prématurés sont ainsi vulnérables aux complications oculaires. La cécité due à une rétinopathie de la prématurité est évitable en améliorant la qualité des soins néonatals, notamment en faisant un usage plus sûr de l'oxygène, et en dépistant la rétinopathie à un stade précoce. Les nourrissons prématurés doivent être suivis et leurs yeux contrôlés.

[1] OMS, UNFPA, UNICEF et Mailman School of Public Health (Averting maternel death and disability). *Surveillance des soins obstétricaux d'urgence : manuel d'utilisation*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009.

60. La continuité sans faille des soins entre les établissements de niveau primaire et les établissements de recours sauve des vies. La présence d'accoucheuses qualifiées dans les communautés peut être fréquente dans les régions à mortalité faible et intermédiaire où il existe des ressources humaines et une capacité de formation, mais environ un tiers des naissances au niveau mondial (essentiellement dans les régions où la mortalité néonatale est élevée) ont lieu à domicile et aucun soin n'est prodigué par un professionnel de la santé. Des approches efficaces au sein des communautés requièrent une continuité dans les soins fournis et des liens efficaces avec les établissements à même de dispenser l'ensemble des soins obstétricaux d'urgence.

61. Dans de nombreux pays, il existe des preuves accablantes de la faiblesse du niveau d'instruction des médecins, du personnel infirmier et des sages-femmes. Le programme d'étude des sages-femmes dans certains pays ne satisfait pas aux critères mondiaux et les étudiants n'acquièrent pas les compétences requises pour dispenser avec confiance des services de qualité. Compte tenu des limites de la réglementation et des capacités réduites des associations professionnelles, les sages-femmes ne sont guère protégées au plan juridique et elles sont privées de tout moyen d'expression organisé pour défendre leurs intérêts. Ces facteurs, joints à la pénurie de personnel, au manque d'équipement des établissements et à la faiblesse des rémunérations, sont de nature à affaiblir les motivations et à réduire la qualité des soins.

62. Les services de santé doivent aussi faire face aux facteurs de risque d'issues néonatales défavorables, comme les grossesses chez les adolescentes, le rapprochement des naissances, la malnutrition (insuffisance pondérale ou obésité), les maladies chroniques (diabète, par exemple), les maladies infectieuses (tuberculose et infection à VIH), l'abus de substances psychoactives (tabagisme et consommation d'alcool, par exemple), la violence domestique et la mauvaise santé psychologique. Les politiques s'appliquant sur le lieu de travail sont importantes pour soutenir les femmes pendant la grossesse et la période postnatale et elles devraient inclure une réglementation dispensant les femmes enceintes et les femmes allaitantes des travaux pénibles.[1] Des interventions comportementales et communautaires destinées à réduire l'exposition à des polluants potentiellement dangereux, comme les émanations des cuisinières traditionnelles et le tabagisme passif, sont également nécessaires. La prévention, le dépistage et le traitement des infections sexuellement transmissibles (infection à VIH et syphilis, par exemple), du paludisme et des maladies non transmissibles relèvent souvent de programmes particuliers, mais leur intégration dans les services de santé maternelle et néonatale est importante.

63. Les domaines programmatiques existants – tels que la planification familiale, l'infection à VIH et la tuberculose, la syphilis, le paludisme, l'eau, l'assainissement et l'hygiène, la nutrition, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, les visites à domicile pendant la période postnatale et la vaccination – peuvent offrir des liens spécifiques permettant d'améliorer la survie et la santé du nouveau-né et ils contribueront à renforcer la qualité des services de santé dispensés.

64. Des services de santé accueillants pour les adolescents et intégrant des services de santé sexuelle et génésique doivent être mis en place pour les jeunes qui, selon les données disponibles, ne sont pas couverts par les services de santé et chez qui l'incidence de l'infection à VIH augmente. La prévention des grossesses précoces et non désirées, ainsi que les soins aux jeunes filles et aux jeunes femmes au cours de la grossesse, de la naissance et dans la période postnatale sont vitaux, tant pour la santé mentale et physique de la mère que pour celle du nouveau-né.

[1] Organisation internationale du Travail. Convention sur la protection de la maternité, 2000 (N° 183) (htpp://www.iloorg/dyn/normlex/en/f?p=1000:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C183, consulté le 27 mars 2014).

65. De nombreux établissements de santé, en particulier dans les zones reculées, ne disposent pas des produits d'importance vitale pour les femmes et les nouveau-nés, tels qu'ils ont été définis par la Commission des Nations Unies sur les produits d'importance vitale. Parmi les problèmes rencontrés figurent le non-enregistrement des nouvelles formulations de certains médicaments, de sérieux blocages dans la chaîne d'approvisionnement, les ruptures de stock, les coûts dans certaines régions où les services ne sont pas gratuits, et le fait que les aidants et les personnels de santé ignorent souvent l'existence d'un produit et son efficacité. L'expertise considérable du secteur privé en matière de mise au point, de fabrication et de distribution des médicaments, des technologies et des dispositifs médicaux doit être mise à profit pour améliorer la disponibilité, en particulier dans les régions où les ressources sont limitées.

66. Il existe peu d'indicateurs mondiaux pour le suivi de la qualité des soins de la mère et du nouveau-né et les mécanismes de suivi et d'évaluation sont inexistants dans de nombreux pays. La surveillance des décès maternels et périnatals et les mesures prises pour les prévenir peuvent fortement contribuer à améliorer la qualité des soins. De nombreux pays ont rendu obligatoire la déclaration des décès maternels, ce qui peut servir de point d'entrée pour une enquête confidentielle sur les causes à l'origine du décès de la mère et la planification de mesures correctives. Une démarche similaire pourrait être appliquée à la mortalité périnatale.

Mesures proposées

Principales mesures proposées pour atteindre l'objectif stratégique 2

Les gouvernements, en collaboration avec les acteurs concernés, devraient :

a) actualiser les politiques, les lignes directrices, les normes et les critères nationaux applicables aux soins de la mère et du nouveau-né ;

b) mettre en œuvre des systèmes d'amélioration de la qualité efficaces pour des soins maternels et néonatals de qualité, respectueux de la mère et de l'enfant ;

c) adopter des programmes d'étude basés sur les compétences pour la formation des agents de santé, et mettre en place des cadres réglementaires pour les sages-femmes et les autres personnels dispensant des soins de santé ;

d) veiller à ce que des visites de soins postnatals soient effectuées au cours de la première semaine ; et que des soins supplémentaires de qualité soient fournis aux nouveau-nés de petite taille ou malades ;

e) concevoir et évaluer des approches innovantes pour motiver le personnel et pour améliorer l'accès et la qualité des soins ; enquêter de manière plus approfondie sur le rapport coût/efficacité et les risques associés au financement fondé sur les résultats, qui a été introduit dans certains pays ;

f) s'assurer que tous les établissements disposent d'un personnel suffisant dans le cadre d'équipes pluridisciplinaires, qui sont en mesure de prendre en charge les complications maternelles et néonatales au niveau des centres de recours, et disposent d'une infrastructure de base optimale ;

g) veiller à ce que les produits d'importance vitale pour la santé de la mère et de l'enfant figurent dans chaque liste nationale de médicaments essentiels ;

h) concevoir des stratégies pour inciter les acteurs du secteur privé à multiplier leurs efforts de sensibilisation en faveur de la réduction des décès maternels et néonatals et des mortinaissances, et à mettre au point des technologies novatrices pour améliorer les résultats sanitaires pour la mère et le nouveau-né ;

i) instituer une surveillance des décès maternels et périnatals et une action dans ce domaine, notamment la notification des décès maternels et périnatals (de préférence dans un délai de 24 heures) ;

j) accroître la surveillance publique de la qualité des soins maternels et néonatals en favorisant la prise de conscience de l'opinion et en associant davantage les communautés.

67. En collaboration avec les associations professionnelles, les universitaires, les établissements de formation et les autres acteurs concernés, les pouvoirs publics devraient régulièrement actualiser les politiques et les lignes directrices nationales relatives aux interventions pour la continuité des soins pour la santé de la femme et de l'enfant, en s'appuyant sur les lignes directrices mondiales reposant sur des bases factuelles et les stratégies définies localement. En outre, ils devraient mettre en œuvre des systèmes d'amélioration de la qualité efficaces et adopter et appliquer des normes et des critères pour des soins de qualité, respectueux de la mère et du nouveau-né.

68. Les pouvoirs publics devraient adopter des programmes d'étude basés sur les compétences pour la formation des agents de santé et mettre en œuvre des cadres réglementaires définissant le champ et la pratique de l'activité des sages-femmes et des personnels infirmiers, notamment les compétences particulières requises pour s'occuper de nouveau-nés qui sont petits pour l'âge gestationnel ou malades, la prestation de conseils en matière d'allaitement et le soutien à la formation, ainsi que le niveau minimum d'instruction requis. Il conviendrait aussi, le cas échéant, d'envisager de combler la pénurie de spécialistes tels que les néonatologues et conseillers en allaitement.

69. Les effectifs de chaque établissement qui dispense des soins maternels et néonatals doivent être planifiés de manière à ce que les services puissent être assurés en continu 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Le travail d'équipe est essentiel : les équipes des hôpitaux de premier niveau et de deuxième niveau devraient être multidisciplinaires et inclure des spécialistes en obstétrique, des pédiatres et des anesthésistes pour prendre en charge les complications maternelles et néonatales.

70. Les maternités doivent avoir une infrastructure appropriée et être correctement équipées pour dispenser les soins dont la mère et le nouveau-né ont besoin. Les normes applicables à la prévention des infections et à la sécurité biologique doivent être respectées. Les installations électriques, l'approvisionnement en eau et l'assainissement, des lavabos pour se laver les mains et des toilettes propres, des espaces appropriés préservant l'intimité des femmes pendant l'accouchement, et des zones spéciales pour la prise en charge des nouveau-nés malades dans de bonnes conditions de sécurité doivent être en place.

71. Après la naissance, les mères et leur nouveau-né doivent recevoir l'ensemble des services essentiels avant de quitter l'établissement de santé. La mère et l'enfant devront systématiquement occuper la même chambre et les dispositions nécessaires devront être prises pour permettre aux mères la pratique convenable de la méthode « mère kangourou ». Dans les établissements de santé qui soignent des enfants prématurés, petits pour l'âge gestationnel et/ou malades, le tirage et la conservation du lait maternel devront être encouragés et complétés par des banques de lait dans certains établissements de recours. Les établissements de soins de niveau secondaire et tertiaire devront disposer de services néonatals et de pouponnières dotés du matériel et du personnel appropriés et être rattachés aux établissements de soins primaires moyennant un système de recours efficace. Les visites postnatales requises au cours de la première semaine après la naissance sont nécessaires pour conseiller les parents sur la recherche de soins et détecter d'éventuelles complications.

72. Les produits d'importance vitale (y compris les technologies essentielles) pour la santé de la femme et de l'enfant devraient figurer dans toutes les listes nationales de médicaments essentiels, et une chaîne d'approvisionnement ininterrompue à destination de tous les établissements, en particulier les établissements les plus périphériques, devrait être assurée.

73. Un système de suivi et d'amélioration de la qualité des soins devrait être mis en place dans tous les services de maternité publics et privés, par exemple moyennant la surveillance des décès maternels et périnatals et l'adoption de mesures pour les prévenir, l'enregistrement des naissances et des décès (y compris les morts fœtales ou les mortinaissances), ainsi que des enquêtes périodiques sur la disponibilité et l'état de préparation des établissements de santé. Les technologies de l'information peuvent faciliter le suivi en temps réel : les téléphones portables permettent, par exemple, de renforcer la communication entre les personnels de santé et avec la communauté, et l'échange de données. Il est nécessaire d'investir dans l'établissement de liens entre les communautés et les services pour améliorer la qualité des soins ; les réunions de vérification des comptes et de contrôle des obligations liées aux responsabilités sont d'autres éléments essentiels du processus d'amélioration de la qualité des soins.

74. La motivation du personnel est un facteur déterminant pour la qualité des soins. Des approches innovantes comme le conseil personnalisé, le tutorat, l'accréditation et la formation continue peuvent aussi être utilisées pour améliorer l'accès aux soins et leur qualité. Les autorités nationales peuvent envisager des mesures incitatives, sous la forme de versements, de primes ou d'une reconnaissance publique. Le financement fondé sur les résultats est en cours d'adoption dans plusieurs pays, mais il est nécessaire d'examiner plus avant son efficacité économique ainsi que les éventuels risques associés.

75. La sensibilisation accrue du public et une plus grande participation communautaire peuvent accélérer l'amélioration de la qualité des soins. Les parlementaires, qui représentent les électeurs, élaborent les lois, examinent et approuvent les budgets, et surveillent l'action des pouvoirs publics, ont par conséquent un rôle décisif à jouer pour le bien-être des femmes et des enfants. La société civile et les responsables locaux, y compris les dirigeants d'entreprises, peuvent renforcer la volonté politique et contribuer à améliorer la sensibilisation de l'opinion et la prise en main par la communauté des problèmes et des solutions. Il est important à cet effet que les données et les informations circulent librement, les résultats issus des examens annuels du secteur de la santé étant rendus publics conformément aux recommandations de la Commission de l'Information et de la Redevabilité pour la Santé de la Femme et de l'Enfant.

76. L'association du secteur privé moyennant des partenariats public-privé peut présenter de multiples avantages, parmi lesquels la sensibilisation à haut niveau ; le transfert de technologie dans les pays à revenu faible ; la réduction des coûts et la disponibilité accrue de médicaments essentiels et de dispositifs médicaux de qualité garantie ; l'amélioration de la qualité des soins et la fourniture par des praticiens privés de services fondés sur des bases factuelles ; l'amélioration de la gestion et de la fonction de réglementation des pouvoirs publics ; la fourniture de moyens de transport pour les urgences ; le renforcement des services de santé assurés par les employeurs et de politiques et de programmes sur le lieu de travail qui soutiennent les femmes enceintes et les jeunes mères ; et la mise au point de technologies innovantes ayant le potentiel de réduire les décès néonatals et maternels et de prévenir les mortinaissances et les handicaps.

Objectif stratégique 3 : Atteindre chaque femme et chaque nouveau-né pour réduire les inégalités

Raison d'être de l'objectif stratégique 3

77. Chaque femme et chaque nouveau-né ont droit à des soins de santé de qualité, conformément aux principes de la couverture sanitaire universelle et des droits de l'homme. L'accès à des soins maternels et néonatals de qualité dépend, entre autres, de la présence d'agents de santé qualifiés qui soient motivés, suffisamment bien équipés et équitablement répartis. Dans de nombreux pays, les inégalités dans l'accès aux professionnels de santé, en particulier en milieu rural, est l'un des principaux facteurs expliquant la persistance de taux de mortalité élevés chez les femmes et les nouveau-nés.

78. Actuellement, moins d'un pays sur six parmi ceux affichant les taux de mortalité maternelle et néonatale les plus élevés atteint le seuil minimal de 23 médecins, sages-femmes et infirmières pour 10 000 habitants qui est nécessaire pour pouvoir assurer un ensemble de soins de base.[1] Il existe une grave pénurie de sages-femmes dans au moins 38 pays.[2] Cette pénurie, combinée à des conditions de travail médiocres et au manque d'incitations à aller vivre et travailler dans des zones reculées ou parmi des populations défavorisées, se traduit par une répartition inégale des travailleurs de santé et de grandes inégalités dans l'accès aux soins pour les mères et les nouveau-nés, dans les pays qui enregistrent des taux élevés et inéquitablement répartis de mortalité néonatale.

79. Le coût des services de santé peut représenter un obstacle important pour les familles ayant besoin de soins au cours de la grossesse et de l'accouchement ou durant la période postnatale. Les coûts directs, tels que le règlement direct des médicaments ou des consultations ou autres prestations, ainsi que les coûts indirects liés par exemple au transport et à la perte de revenus, entraînent de fortes inégalités dans la couverture des soins, en particulier pour les femmes qui accouchent en présence d'un personnel de santé qualifié. Dans certains pays, jusqu'à 11 % de la population est confrontée à des coûts élevés pour les soins de santé, et jusqu'à 5 % des familles sombrent dans la pauvreté à la suite de dépenses encourues pour les soins de santé, y compris les coûts liés à des soins essentiels pour la mère et le nouveau-né.[3] L'objectif de la couverture sanitaire universelle consiste à assurer que chacun puisse avoir accès aux services de santé dont il a besoin sans s'exposer de ce fait à des difficultés financières mais, sur ces deux points, cet objectif est loin d'être atteint à l'échelle mondiale, en particulier pour les femmes et les enfants.

80. Lorsqu'il existe une discrimination contre les petites filles, des mesures spéciales sont nécessaires dans les services de santé et les communautés afin de lutter contre cette violation des droits humains.

81. L'absence d'informations sur les budgets consacrés à la santé de la mère et du nouveau-né limite la transparence et complique la surveillance en la matière. Rares sont les pays qui tiennent, dans leurs comptes nationaux de la santé, des sous-comptes distincts consacrés à la santé maternelle et néonatale, et ce n'est que récemment qu'un suivi de l'aide au développement s'est imposé dans le domaine public.

---

[1] Atlas mondial des personnels de santé, http://apps.who.int/globalatlas/default.asp, consulté le 27 mars 2014.

[2] UNFPA. *La pratique de sages-femmes dans le monde*, *2011 : naissances réussies, vies sauvées.* New York, Fonds des Nations Unies pour la Population, 2011.

[3] *Rapport sur la santé dans le monde, 2010 – le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.

82. Les entreprises du secteur privé devraient adopter des mesures spéciales pour favoriser le soutien aux mères au sein des communautés et sur le lieu de travail, lors de la grossesse et de l'allaitement, et pour rendre abordables les services de soins aux enfants, conformément aux dispositions de la Convention de l'OIT sur la protection de la maternité adoptée en 2000 (N° 183). Le secteur privé peut et devrait contribuer à promouvoir, protéger et soutenir l'allaitement précoce et exclusif en veillant à ce que les pratiques de commercialisation et de promotion soient pleinement conformes aux dispositions du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et aux résolutions ultérieures de l'Assemblée mondiale de la Santé dans ce domaine, et en se conformant aux dispositions juridiques et réglementaires nationales visant à leur donner effet.

83. Atteindre chaque femme et chaque nouveau-né nécessite des investissements dans tous les aspects du système de santé, y compris le leadership et la gouvernance, les effectifs de personnels, les infrastructures, les produits et fournitures, la prestation de services, les systèmes d'information et le financement. Des contextes différents requièrent des approches adaptées, une attention particulière devant être prêtée à la préparation et à l'action rapide face aux situations d'urgence humanitaire complexes.

Mesures proposées

Principales mesures proposées pour atteindre l'objectif stratégique 3

Les gouvernements, en collaboration avec les acteurs concernés, devraient :

a) mener une analyse systématique des obstacles à l'obtention à grande échelle de taux élevés de couverture par une série d'interventions efficaces pour assurer des soins de qualité au sein du système de santé et des communautés, et prendre des mesures pour supprimer ces obstacles ;

b) veiller à l'intégration des mesures destinées à la santé du nouveau-né dans les initiatives existantes pour la santé génésique et la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, et dans les plates-formes de prestation de services pour ne laisser passer aucune occasion d'atteindre les mères et leurs nouveau-nés ;

c) élaborer et mettre en œuvre un plan de développement des personnels de santé afin de s'assurer de leurs compétences et de leur comportement respectueux, d'améliorer leur densité et d'accroître leur motivation ainsi que la fidélisation des personnels qualifiés en fonction des besoins ;

d) obtenir de meilleurs résultats des personnels disponibles en envisageant de déléguer des tâches à des personnels de santé de niveau intermédiaire disposant d'une formation et d'un soutien appropriés, et étudier le rôle joué par les agents de santé communautaires pour faire le lien entre les familles et les services de santé ;

e) adopter et appliquer les lois et les politiques sur l'égalité d'accès à des soins de qualité pour les mères et les nouveau-nés tant dans le secteur public que dans le secteur privé ;

f) établir des plans de développement des services de santé maternelle et périnatale sur la base d'un programme s'appuyant sur des éléments probants, et estimer les besoins en effectifs pour leur application :

g) veiller à éliminer les obstacles (sociaux et financiers) qui limitent l'accès aux soins pour les mères et les nouveau-nés, y compris pour les jeunes filles particulièrement vulnérables dans certaines populations ;

h) assurer un suivi des dépenses de santé nationales, y compris de celles consacrées à la santé de la mère et du nouveau-né, et mobiliser des ressources supplémentaires au niveau national ;

i) concevoir des programmes ciblés, dans le cadre scolaire ou extrascolaire, pour élargir l'accès des adolescents et des jeunes adultes aux méthodes de contraception modernes – et leur utilisation de ces méthodes –, et apporter aux adolescentes enceintes tout le soutien dont elles ont besoin ;

j) envisager des stratégies communautaires pour améliorer la demande de services, la préparation à la naissance et les pratiques de soins essentiels pour le nouveau-né, y compris par des visites à domicile des agents de santé communautaires et la mise en place de groupes participatifs pour les femmes.

84. La première mesure proposée pour que les pays puissent s'acheminer vers une couverture universelle des soins maternels et néonatals consiste à effectuer une analyse systématique des obstacles empêchant la mise en œuvre de l'ensemble des interventions nécessaires pour assurer des soins de bonne qualité. Ces obstacles peuvent exister au sein du système de santé lui-même, mais tenir aussi au manque de connaissances des familles et des communautés, à des perceptions erronées ou à un manque de ressources. Les résultats de ces analyses doivent être pris en considération dans la conception des plans nationaux d'action pour les nouveau-nés.

85. L'intégration des actions en faveur de la santé du nouveau-né dans les initiatives existantes en matière de santé génésique, de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, et dans les plates-formes de prestation de services (y compris pour le VIH, le paludisme et la vaccination) est d'une importance capitale pour ne laisser passer aucune occasion d'atteindre les mères et leurs nouveau-nés. Les pays doivent absolument évaluer quels sont les services nécessaires, motiver les agents de santé, améliorer l'efficacité des soins hospitaliers, lutter contre le gaspillage et la corruption et optimiser l'utilisation des technologies et des services de santé.

86. Chaque pays devrait avoir un plan global de développement des personnels de santé qui couvre non seulement l'éducation et la formation de ces personnels mais aussi leur répartition géographique, leur motivation et la fidélisation des personnels qualifiés, et qui corrige en outre le déséquilibre entre les personnels disponibles et les postes offerts moyennant un système assurant le suivi depuis la formation avant l'entrée en service jusqu'à la nomination et la fidélisation. Il est essentiel que les travailleurs de santé aient des attitudes et des comportements respectueux à l'égard des femmes et des nouveau-nés, leurs conditions de travail devant en outre leur permettre d'exercer dans un environnement sûr et respectueux. Les plans d'action devraient comprendre des mesures visant à développer et à répartir plus équitablement les personnels de santé et, le cas échéant, à prendre immédiatement des dispositions pour améliorer leurs conditions d'emploi, y compris en leur assurant une rémunération appropriée. La fourniture d'un logement, de l'électricité et de suppléments de salaire s'est avérée être une mesure efficace pour inciter les agents de santé à aller travailler dans des zones reculées et mal desservies.

87. Une des priorités est d'optimiser la qualité des services des personnels existants. Il a été amplement prouvé que l'on pouvait déléguer certaines interventions vitales à des travailleurs de santé de niveau intermédiaire à condition qu'ils aient été convenablement formés. Par exemple, lorsque les possibilités de recours sont limitées, les sages-femmes devraient pouvoir assurer la totalité des soins obstétricaux d'urgence.

88. Les gouvernements devraient adopter et appliquer les lois et les politiques sur l'égalité d'accès à des soins de qualité pour les mères et les nouveau-nés dans les secteurs public et privé. Ces politiques devraient viser notamment à assurer : un accès universel aux soins de santé pour les femmes et les enfants, sans que cela leur occasionne des difficultés financières ; une notification des décès maternels et périnatals ; l'adoption d'approches adaptées au contexte en ce qui concerne l'infection à VIH et

l'alimentation du nourrisson ; la ratification de la Convention (N° 183) de l'OIT sur la protection de la maternité adoptée en 2000 ; et l'adoption d'une législation visant à mettre en œuvre le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.

89. Les plans de développement des services de santé maternelle et périnatale devraient s'appuyer sur des données et des éléments de preuve objectifs. Les pays doivent estimer leurs besoins pour faire face au nombre de grossesses et d'accouchements attendus dans un contexte donné, et mettre en place et équiper les infrastructures nécessaires. Ils doivent définir un ensemble standard de soins à dispenser aux mères et aux nouveau-nés à chaque niveau des services de santé, et déterminer les effectifs de personnels nécessaires et la constitution des équipes, qui devraient comprendre des sages-femmes et des personnels obstétricaux et, le cas échéant, des spécialistes tels que des obstétriciens, des infirmières spécialisées en néonatalogie et des pédiatres. L'établissement d'une cartographie des points d'accès a contribué utilement dans plusieurs pays à la prise des décisions concernant le nombre et l'implantation des services de maternité à prévoir pour atteindre le plus grand nombre de familles et de communautés. L'accroissement des investissements dans la qualité des soins entourant la maternité devrait s'appuyer sur une solide planification.

90. Des programmes scolaires ou extra-scolaires ciblés doivent être mis en place pour améliorer la disponibilité et l'utilisation de méthodes contraceptives modernes par les adolescents et les jeunes adultes. Les mesures prises pour prévenir les grossesses précoces devraient inclure l'adoption de lois visant à empêcher le mariage des filles avant l'âge de 18 ans ou à en réduire le nombre, ainsi qu'une éducation à la vie active (dispensée aussi bien aux garçons qu'aux jeunes filles) visant à maintenir les adolescentes dans le système scolaire, à réduire les taux de relations sexuelles contraintes, à prévenir les grossesses précoces et non désirées avant l'âge de 20 ans et à inculquer des normes et traditions culturelles positives. Les jeunes devraient avoir accès à la contraception et à une éducation sexuelle qui les rende aptes à prendre des décisions libres et responsables en matière de sexualité et de santé génésique. Les pays doivent faire en sorte de fournir un environnement propice dans ce domaine. Des services de santé adaptés aux jeunes devraient être disponibles et permettre aux adolescentes enceintes de recevoir tout le soutien dont elles ont besoin pour se préparer à la naissance et à la situation de futur parent, quel que soit leur statut marital.

91. Il est nécessaire de mettre en place des politiques visant à éliminer les inégalités dans l'accès aux soins de santé, y compris en subventionnant les soins et en se concentrant sur les groupes de populations les plus vulnérables de manière à ce que des services de santé maternelle et néonatale de bonne qualité et d'un coût abordable puissent être mis à la disposition du public aux points d'utilisation (ce qui suppose la gratuité pour beaucoup d'utilisateurs). Les pays devraient réduire le recours aux paiements directs au profit de systèmes de prépaiement avec une mise en commun des fonds de manière à répartir les risques financiers sur l'ensemble de la population. Le prépaiement suppose généralement d'introduire des taxes et autres charges publiques et/ou des systèmes d'assurance. Pour mobiliser des ressources, les gouvernements devraient donner la priorité au secteur de la santé dans leurs budgets nationaux, améliorer l'efficacité de la collecte de l'impôt et trouver de nouveaux moyens de mobiliser des fonds, par exemple en taxant le tabac et l'alcool.

92. Les pays doivent assurer un suivi des dépenses de santé totales par source de financement (et par habitant), ainsi que des dépenses totales consacrées à la santé génésique, à la santé maternelle et néonatale et à la santé de l'enfant par source de financement (et par habitant). Tous les grands partenaires du développement devraient rendre compte de l'assistance effectivement fournie en matière de santé maternelle et néonatale par rapport aux promesses faites et prendre des engagements permettant aux autorités nationales d'établir des budgets prévisibles et de renforcer la responsabilisation mutuelle.

93. Les stratégies communautaires visant à améliorer la demande en services, la préparation à la naissance, et les pratiques essentielles de soins aux nouveau-nés, y compris les groupes participatifs pour les femmes et les visites à domicile par des agents de santé communautaires, des bénévoles ou des facilitateurs non spécialistes, peuvent jouer un rôle essentiel pour réduire les inégalités dans la mortalité et l'accès aux soins. Selon les données disponibles, ce sont les groupes de femmes qui ont le plus fort impact sur la mortalité parmi les populations les plus pauvres.

Objectif stratégique 4 : Se servir de l'influence des parents, des familles et des communautés

Raison d'être de l'objectif stratégique 4

94. Il est d'une importance cruciale de supprimer les obstacles à l'accès à des soins qualifiés à la naissance et de se servir de l'influence des parents, des familles et des communautés, en les incitant à rechercher des soins tout au long de la grossesse, lors de la naissance et au cours des premiers jours et semaines de vie de leur enfant. Cela est particulièrement essentiel dans les pays à faible revenu, où près de la moitié des mères ne reçoivent pas de soins qualifiés au cours de leur accouchement, plus de 70 % des enfants nés hors de l'hôpital ne bénéficient pas de soins postnatals[1] et où se produisent la plupart des décès maternels, des décès de nouveau-nés et des mortinaissances. Beaucoup de nouveau-nés décèdent à la maison sans même que l'on soit allé chercher une aide médicale.

95. Il est essentiel de donner aux femmes, aux parents, aux familles et aux communautés les moyens de demander des services médicaux lorsque cela est nécessaire et de veiller à ce qu'ils puissent apporter les soins recommandés à domicile eux-mêmes. Les issues sanitaires, qu'elles soient positives ou négatives, sont déterminées par des décisions prises au sein du foyer, la capacité des familles à rechercher les soins lorsque cela est nécessaire et la qualité des services reçus lorsqu'ils arrivent. Malheureusement, il est fréquent que les nombreuses personnes qui ont un rôle à jouer à l'extérieur des services de santé ne soient pas associées aux discussions et aux efforts visant à améliorer leur santé et à accroître la couverture des interventions essentielles.

96. Les programmes cherchant à renforcer les services de santé par la mobilisation des membres des communautés pour les inciter à adopter de saines pratiques, la modification des normes sociales pour améliorer le soutien social et la suppression des obstacles à l'accès ont pourtant démontré l'intérêt de telles approches. Les changements produits sont particulièrement sensibles dans le domaine de la santé maternelle et néonatale. Le droit d'une femme à prendre des décisions est crucial pour sa santé comme pour la santé de sa famille.

97. Les activités axées sur les communautés peuvent être divisées en gros en quatre catégories : i) l'amélioration de la sensibilisation aux droits, aux besoins et aux problèmes potentiels liés à la santé maternelle et néonatale ; ii) le développement des capacités à rester en bonne santé, à prendre des décisions saines et à répondre aux urgences obstétricales et néonatales ; iii) le renforcement des réseaux de soutien social entre les femmes, les familles et les communautés et des liens avec les services de santé ; et iv) l'amélioration de la qualité des soins en renforçant les interactions entre les services de santé et les femmes, les familles et les communautés et en améliorant la réponse apportée à

[1] OMS, UNICEF. *Accountability for maternal, newborn and child survival: the 2013 update. Countdown to 2015: maternal, newborn and child survival.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013.

leurs besoins.[1] Il est nécessaire d'investir dans chacun de ces domaines, en particulier dans les environnements où les taux de mortalité maternelle et néonatale sont élevés et où l'accès aux services de santé est limité. Ces actions doivent être menées conjointement par de multiples acteurs parallèlement aux efforts visant à améliorer la qualité des services de santé. La société civile peut jouer un rôle de catalyseur à travers les coalitions et réseaux existants et leur renforcement.

98. Les familles, en particulier les parents, sont responsables au premier chef des soins prodigués aux nouveau-nés. Ils peuvent et doivent assurer certains aspects des soins nécessaires à la bonne santé du nourrisson après la naissance, notamment veiller à ce qu'il soit propre et au chaud, commencer l'allaitement rapidement et de manière exclusive, et effectuer les soins appropriés du cordon (y compris en utilisant de la chlorhexidine, le cas échéant). Cela est particulièrement important pour les nourrissons nés à domicile ou qui quittent l'hôpital quelques heures après la naissance. Même si certaines pratiques, comme l'allaitement, sont souvent considérées comme des gestes naturels, beaucoup de femmes ont besoin d'un soutien qualifié.

99. Les interactions entre l'enfant et les personnes qui s'occupent de lui sont cruciales pour le développement psychosocial et cognitif du nourrisson et doivent débuter dès le jour de la naissance. Les gestes simples de communication et de stimulation favorisent la maturation des circuits neurologiques du nourrisson et sont utiles pour les enfants nés à terme comme pour les prématurés. L'aide au développement du jeune enfant est une composante essentielle des soins aux nouveau-nés.

100. Les hommes peuvent jouer un rôle important dans la santé de la mère et du nouveau-né en tant que partenaires, pères et membres de la communauté. Ils sont souvent les principaux décideurs dans la recherche de soins pour la mère et le nouveau-né et doivent comprendre les besoins, les risques et les signes de danger de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale. Les programmes de santé qui sont traditionnellement conçus pour permettre une interaction avec les femmes doivent être élargis pour améliorer la compréhension des besoins et des perspectives masculines (sans compromettre les droits des femmes), travailler avec les hommes et avec les femmes (adolescents et adultes) et intégrer les besoins propres à chacun et les droits en matière de santé génésique pour les deux sexes. Les agents de santé doivent favoriser l'accompagnement par les hommes de leur partenaire et leur présence lors des naissances, en les aidant à améliorer la communication et la prise de décision au sein du couple.

101. En 2009, l'OMS et l'UNICEF ont publié une déclaration commune sur les visites à domicile pour les nouveau-nés, des travaux de recherche ayant démontré que le suivi à domicile des nouveau-nés par des agents de santé communautaires améliorait leur taux de survie.[2] Depuis, de vastes études réalisées en Afrique et en Asie ont montré que les visites à domicile au cours de la grossesse et de la première semaine suivant la naissance se traduisaient par une augmentation du nombre de femmes se rendant à des consultations prénatales et recevant des soins qualifiés au cours de leur accouchement. Les visites des agents de santé communautaires aident aussi les familles à mieux prendre soin des nouveau-nés et ont conduit à une amélioration des pratiques, comme retarder le premier bain ou commencer rapidement l'allaitement au sein exclusif, et en conséquence à des réductions sensibles des taux de mortalité néonatale.

[1] *Collaborer avec les individus, les familles et les communautés pour améliorer la santé maternelle et néonatale.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.

[2] OMS, UNICEF. *Les visites à domicile pour les soins aux nouveau-nés : une stratégie destinée à améliorer la survie de l'enfant*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009.

102. Les dirigeants communautaires, les membres de la famille, les accoucheuses traditionnelles et les autres personnes d'influence peuvent aussi apporter une aide positive. Dans certains contextes, les membres de la famille plus âgés, tels que les grands-mères ou les belles-mères, ont des prérogatives importantes, reconnues culturellement, en matière de prise de décisions et de soins, influençant par exemple le régime des femmes enceintes, la charge de travail et les responsabilités au sein du foyer ainsi que le recours aux services d'urgence.

103. Pour améliorer la santé de la mère et du nouveau-né, en particulier dans les zones rurales ayant un accès limité aux services de santé, il est recommandé de favoriser la mobilisation communautaire par le biais de l'apprentissage actif et de l'action participative, au sein de groupes de femmes. Ces interventions peuvent avoir un effet positif sur la mortalité du nouveau-né, et des travaux de recherche plus poussés pourraient permettre d'améliorer la compréhension de leurs effets sur la santé maternelle et la recherche de soins. La mise en œuvre des activités d'apprentissage actif et d'action participative dans le cadre de groupes de femmes devrait s'attacher à favoriser les discussions au cours desquelles les femmes peuvent identifier les principaux problèmes et préconiser des solutions locales pour la santé de la mère et du nouveau-né. Afin d'en garantir la qualité, les interventions mises en œuvre doivent faire l'objet d'une évaluation et d'un suivi étroits, ainsi que d'une adaptation préalable au contexte local.

104. Les agents de santé non professionnels, notamment les accoucheuses traditionnelles, s'acquittent avec succès des fonctions liées à la prestation de soins aux femmes et aux nouveau-nés et peuvent être des membres importants de l'équipe de santé. Ils n'ont pas vocation à remplacer un professionnel de santé lors de l'accouchement, mais peuvent effectivement contribuer aux interventions pour la santé de la mère et du nouveau-né et la santé génésique, telles que la recherche de soins en cas de besoin, la préparation à l'accouchement et aux complications de l'accouchement, ou encore le soutien à l'allaitement, entre autres. Les accoucheuses traditionnelles sont souvent des figures appréciées et respectées au sein de la communauté et il est important de leur trouver de nouveaux rôles : elles peuvent ainsi apporter un soutien constant aux femmes au cours de l'accouchement (en présence de personnel qualifié) et faire le lien entre les communautés et les services de santé.[1]

105. Parallèlement à d'autres actions, on peut aussi utiliser les médias sociaux et les moyens de communication de masse pour inculquer des connaissances, faire évoluer les comportements et insuffler une responsabilité sociale aux services de santé néonatale. Des campagnes de sensibilisation à la radio et à la télévision ont contribué à faire augmenter le nombre de naissances dans les établissements de soins et à promouvoir le démarrage précoce de l'allaitement exclusif, parmi d'autres interventions. Des approches pluridimensionnelles aident à renforcer la portée de ces messages.

106. L'expertise considérable du secteur privé en matière de communications stratégiques peut être mise à profit pour faire évoluer les normes sociales (telles que la croyance selon laquelle les décès maternels et néonatals sont inévitables), promouvoir des comportements optimaux sur le plan de la santé et accroître la demande de soins de bonne qualité. Beaucoup de sociétés privées ont la capacité d'effectuer des recherches et d'utiliser diverses sources de données pour mieux comprendre ce qui motive les changements de comportements, un atout extrêmement utile qui n'a pas encore été pleinement exploité. Les partenariats public-privé se prêtent tout spécialement à l'organisation de

[1] Recommandations de l'OMS. *Optimisation des rôles du personnel de santé par la délégation des tâches pour améliorer l'accès aux interventions de santé maternelle et néonatale*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 ; OMS, ICM, FIGO. *Pour une grossesse à moindre risque : le rôle capital de l'accoucheur qualifié*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.

campagnes de sensibilisation multimédias utilisant les plates-formes de communication existantes du secteur privé, la télévision, la radio, les médias sociaux ainsi que la cybersanté et les technologies faisant appel au téléphone mobile.

107. Les organisations de la société civile peuvent largement contribuer à la mobilisation sociale, à la création d'une volonté politique et à la conception de politiques, et aider à responsabiliser les gouvernements et les prestataires de services de santé pour la mise en œuvre de leurs programmes et plans.

108. Des analyses systématiques des résultats des approches fondées sur les bases factuelles visant à utiliser l'influence des femmes, des parents et des communautés sont en cours dans les domaines suivants : la préparation à l'accouchement et les complications de l'accouchement ; les programmes de transport ; les « maisons de maternité » ; la participation communautaire à la planification des programmes et à l'amélioration de la qualité ; la réduction des obstacles financiers et le versement d'allocations ; la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant et du nouveau-né ; l'utilisation des applications de la téléphonie mobile ; les enquêtes sur les décès maternels et néonatals ; et le financement en fonction des résultats. Les conclusions seront utilisées pour concevoir les politiques futures dans ces domaines.

Mesures proposées

Principales mesures proposées pour atteindre l'objectif stratégique 4

Les gouvernements, en collaboration avec les acteurs concernés, devraient :

a) promouvoir la tolérance zéro pour les décès maternels et néonatals évitables ;

b) tirer le meilleur parti de la parole des parents et de l'influence de la société civile, des moyens de communication de masse et des médias sociaux pour informer et faire évoluer les normes ;

c) effectuer une analyse systématique des obstacles à l'accès à des services maternels et néonatals de qualité et à l'adoption des pratiques essentielles en matière de soins à domicile par les femmes, les familles et les communautés, et associer activement les communautés à la définition des priorités et à la planification des mesures appropriées ;

d) donner aux familles, y compris aux hommes, les connaissances et les capacités nécessaires pour assurer des soins à domicile appropriés ;

e) renforcer les liens entre la communauté et les établissements de soins en utilisant des approches novatrices pour atteindre les zones reculées ;

f) adopter des approches combinées pour améliorer la qualité des soins à domicile et dans les services de santé ;

g) évaluer l'utilité des organisations communautaires telles que les groupes participatifs de femmes pour améliorer la mobilisation communautaire, en particulier parmi les populations rurales ayant un accès limité aux soins ;

h) adopter des stratégies fondées sur les données factuelles pour générer et maintenir une demande de services en s'appuyant sur des actions au niveau de la communauté ;

i) inciter et aider les organisations de la société civile locales à réclamer davantage de transparence et de supervision et à améliorer l'accès aux soins et leur qualité ;

j) inciter le secteur privé à appuyer des campagnes de communication multimédias pour faire évoluer les normes sociales, promouvoir une tolérance zéro concernant la mortalité évitable et encourager l'adoption de comportements optimaux.

109. Les communautés, les familles et les individus doivent reconnaître que les décès maternels et néonatals et les mortinaissances sont bien évitables et non pas inévitables. Pour parvenir à la tolérance zéro dans les décès évitables, il faut un changement dans les normes sociales et les attentes entourant l'accouchement et la survie du nouveau-né, et la parole doit être donnée aux parents d'enfants mort-nés ou décédés peu après leur naissance. Des stratégies de soutien mutuel faisant appel à la parole des parents pour mobiliser la société civile, ainsi que les moyens de communication de masse et les médias sociaux, peuvent être utilisées pour diffuser l'information et faire évoluer les normes.

110. L'analyse des obstacles qui est proposée dans le cadre de l'objectif stratégique 3 doit aussi être axée sur les facteurs qui déterminent la demande en services de santé maternelle et néonatale et ont une incidence sur la fourniture des soins recommandés à domicile, de manière autonome, dans les pays où la mortalité néonatale est élevée. La compréhension des motivations et des facteurs culturels, structurels et financiers, qui amènent les familles et les communautés à adopter de bonnes pratiques de soins à domicile et à solliciter les soins nécessaires pour les mères et leurs enfants, est essentielle pour mettre au point une réponse appropriée. Les programmes doivent inclure des activités donnant la parole aux femmes et aux familles et leur permettant de prendre part à l'établissement des priorités dans les problèmes et les solutions.

111. Lorsque l'accès aux services de santé est inéquitable ou insuffisant, les pays devraient voir dans les agents de santé communautaires des ressources humaines efficaces pour améliorer les soins aux mères et aux nouveau-nés, en particulier dans les zones difficilement accessibles, dans lesquelles il convient d'investir, en veillant à leur intégration, compte tenu de leur importance, aux côtés des professionnels de santé pour les questions liées à la santé de la mère et de l'enfant. Une formation appropriée, un encadrement positif ainsi que des mesures liées au déploiement et à l'indemnisation sont nécessaires.

112. Le renforcement des organisations à base communautaire, telles que les groupes de femmes, devrait être envisagé afin de favoriser la mobilisation communautaire moyennant des approches reposant sur le dialogue, telles que des cycles d'apprentissage actif et d'action participative. Cela présente un intérêt particulier dans les populations rurales dont l'accès aux soins est limité. Une évaluation plus poussée de l'utilité de ces approches dans les environnements urbains pauvres ainsi qu'avec d'autres acteurs, tels que les hommes et les grands-mères, mériterait aussi d'être entreprise de toute urgence.

113. Le rôle des familles, des hommes et des pères en particulier, est également important. Ils devraient être associés aux activités menées tant dans les foyers à titre individuel qu'au niveau de la communauté pour améliorer leur contribution à la santé de la famille. Il existe divers moyens de renforcer les capacités à fournir des soins à domicile de qualité, tels que l'éducation à la santé, les campagnes dans les médias et les visites à domicile par des agents de santé communautaires ayant reçu une formation.

114. Le renforcement des liens entre les communautés et les établissements de santé améliore les issues sanitaires pour les femmes et leurs nourrissons, en particulier lorsque des services de recours sont fournis. La technologie du téléphone mobile, qui est maintenant largement accessible et peut permettre d'atteindre des zones reculées dans de nombreux pays, offre un moyen d'améliorer ces liens. Elle a été utilisée avec succès pour diffuser des messages de santé, mettre en place des lignes

d'assistance téléphonique et faciliter la surveillance en temps réel des naissances et le suivi des décès ; elle peut aussi être employée en liaison avec les interventions de mobilisation communautaire pour renforcer les synergies.

115. Pour créer une demande de services dans les communautés mal desservies, il faut imaginer des approches novatrices reposant sur des stratégies factuelles. Par exemple, le versement sous condition d'allocations aux familles et aux communautés peut être envisagé lorsque des circonstances financières entravent l'accès aux soins de santé, moyennant un sérieux encadrement pour assurer un bon rapport coût/efficacité.

116. La Commission de l'Information et de la Redevabilité pour la Santé de la Femme et de l'Enfant a appelé à un renforcement des contrôles et de la transparence et a invité les parlementaires, les dirigeants communautaires, la société civile et la population en général à réclamer des informations et à participer activement à la planification et à la surveillance des services de santé et de la qualité des soins prodigués aux mères et aux enfants. Les pays devraient s'efforcer de mettre en œuvre ces recommandations. De même, tous les acteurs concernés devraient accepter d'être tenus pour responsables de manière indépendante de la mise en œuvre de ce plan d'action au niveau mondial dans le cadre de leur engagement à sauver des nouveau-nés.

Objectif stratégique 5 : Recenser chaque nouveau-né – système de mesure, suivi des programmes et responsabilisation

Raison d'être de l'objectif stratégique 5

117. Les statistiques d'état civil fournissent des informations indispensables, et permettent en l'occurrence de rendre les politiques plus efficaces et mieux à même de répondre aux besoins des femmes et des enfants. Toutefois, en 2010, environ un tiers des 135 millions de naissances ayant eu lieu dans le monde et les deux tiers de l'ensemble des décès n'ont pas été enregistrés. La moitié des pays de la Région africaine et de la Région de l'Asie du Sud-Est de l'OMS ne consignent pas la cause du décès dans leurs statistiques d'état civil et les systèmes existants présentent de sérieuses lacunes.[1] Dans certains pays, le système d'enregistrement de l'état civil ne suit pas les recommandations mondiales concernant les enfants, qui doivent être enregistrés, et ne fonctionne souvent que dans une partie du pays. Dans d'autres pays, tous les décès ne sont pas enregistrés. Faute de données de qualité sur les naissances et les décès, y compris la cause de ces derniers, des informations cruciales pour la définition des politiques, la planification et l'évaluation, et ce dans tous les secteurs du développement, y compris la santé et les services de santé, font défaut. La résolution A/HCR/19/L.24 du Conseil des droits de l'homme des Nations Unies sur l'enregistrement des naissances et le droit de chacun à la reconnaissance en tout lieu de sa personnalité juridique, est entièrement consacrée à l'enregistrement des naissances et au droit de chacun de bénéficier d'une identité juridique, sans discrimination.

118. À mesure que les gouvernements et les partenaires mettront en place et élargiront l'accès à des interventions en matière de santé du nouveau-né, on aura besoin de davantage d'informations de meilleure qualité pour pouvoir suivre et évaluer les progrès accomplis vers la réalisation des engagements pris en vue de mettre fin aux décès de nouveau-nés et aux mortinaissances évitables.

[1] Oomman N, Mehl G, Berg M, Silverman R. Modernising vital registration systems: why now? *The Lancet* 2013;381(9875):1336-7.

119. Il existe peu d'indicateurs universels permettant de surveiller la qualité des soins de santé maternelle et néonatale et l'équité dans l'accès à ces soins. Certaines initiatives ont été prises pour améliorer le système de mesure, par exemple en ajoutant des questions sur les soins postnatals prodigués aux mères et aux nouveau-nés, dans les enquêtes effectuées auprès des ménages ou en introduisant au niveau des structures de santé des instruments d'évaluation sur la disponibilité de produits et d'équipements spécialement destinés aux nouveau-nés, tels que du matériel de réanimation ou des corticoïdes pour la corticothérapie prénatale. Toutefois, la collecte de ces données se heurte encore à de nombreux obstacles. Les enquêtes auprès des ménages effectuées à l'échelle de la population, y compris les enquêtes démographiques et sanitaires et les enquêtes en grappes à indicateurs multiples, ont permis depuis longtemps de recueillir des données sur certains indicateurs relatifs à la planification familiale, aux soins prénatals et à la présence de personnel qualifié lors des accouchements. Plus récemment, davantage d'informations sur les contacts postnatals pour les nouveau-nés ont été incorporées dans ces enquêtes et le nombre de pays disposant de données à ce sujet augmente régulièrement. La définition d'indicateurs qui pourront être ajoutés aux enquêtes auprès des ménages afin d'évaluer les pratiques de prise en charge des nouveau-nés et le contenu des soins postnatals est l'une des étapes proposées par le présent plan.

120. On constate encore d'importantes lacunes dans la collecte systématique de données sur l'issue de la grossesse et la couverture et la qualité des soins prodigués lors de l'accouchement, et il convient d'accorder une attention beaucoup plus rigoureuse à la définition et à la mise à l'essai d'indicateurs et à leur introduction dans les systèmes d'information pour la gestion de la santé. Peu d'indicateurs relatifs à la santé des nouveau-nés sont actuellement inclus dans les systèmes d'information courants, et les données recueillies sont insuffisamment utilisées pour améliorer la qualité. Il faudrait se mettre d'accord sur un ensemble d'indicateurs de base supplémentaires permettant d'avoir un suivi non seulement de la couverture des interventions efficaces au niveau de la population, mais aussi de la qualité des soins prodigués dans les services de santé. Ces indicateurs devraient pouvoir être utilisés dans différents contextes, y compris les urgences humanitaires complexes. Les responsables à tous les niveaux doivent savoir dans quelle mesure le système peut assurer les services de santé maternelle et néonatale essentiels et pouvoir identifier les faiblesses qui peuvent être corrigées par une meilleure planification, une meilleure budgétisation et une plus grande efficacité dans la prestation des services. Bon nombre de ces indicateurs peuvent être intégrés dans les systèmes d'information sanitaire courants et les résultats peuvent être validés périodiquement par la réalisation d'enquêtes spécifiques.

121. De nombreux pays ont entrepris de mettre en place des systèmes de surveillance des décès maternels – et d'action dans ce domaine – en tant que moyen efficace de recenser les décès, de déterminer leurs causes et de prendre des mesures correctives pour lutter contre les causes de décès évitables. Les décès périnatals devraient être considérés comme une composante importante de ces initiatives. Une méta-analyse de l'impact associée à la réalisation d'enquêtes périnatales dans les pays à revenu faible ou intermédiaire a démontré que l'on pouvait réduire la mortalité de 30 % lorsque les solutions préconisées à l'issue de ces enquêtes étaient mises en pratique.[1] De nouvelles lignes directrices de l'OMS et de ses partenaires contiennent des recommandations claires sur la manière de mettre en place à une grande échelle avec succès une surveillance des décès maternels.[2] Ces lignes directrices préconisent une approche par étapes et suggèrent de se concentrer d'abord sur le renforcement des systèmes de surveillance et d'action dans les établissements de santé, avant de les

[1] Pattinson R, Kerber K, Waiswa P, Day LT, Mussell F, Asiruddin SK et al. Perinatal mortality audit: counting, accountability, and overcoming challenges in scaling up in low- and middle-income countries. Int J Gynaecol Obstet. 2009;107 (Suppl. 1):S113-21, S121-2.

[2] *Maternal death surveillance and response: technical guidance. Information for action to prevent maternel death*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013.

étendre aux communautés. Réaliser des enquêtes sur les décès maternels et périnatals en reliant les résultats à un processus national peut permettre de renforcer la capacité de lutter contre les causes de mortalité évitables. Toutefois, les mécanismes de protection juridique qui faciliteraient la réalisation d'enquêtes plus complètes sont inadéquats dans de nombreux pays de sorte qu'il n'est pas possible d'exploiter pleinement le potentiel offert par cette approche.

Mesures proposées

Principales mesures proposées pour atteindre l'objectif stratégique 5

Les gouvernements, en collaboration avec les acteurs concernés, devraient :

a) investir dans une amélioration de la couverture et de la qualité du système d'enregistrement des naissances et des décès, promouvoir un enregistrement de toutes les naissances, qu'il s'agisse d'une naissance vivante ou d'une mortinaissance, et consigner les mortinaissances et les décès néonatals ;

b) étudier la possibilité d'utiliser des certificats spécifiques pour les décès périnatals afin d'enregistrer des données supplémentaires sur les mortinaissances, l'âge gestationnel et le poids à la naissance ainsi que sur les complications maternelles ;

c) définir un ensemble minimal de données pour la période périnatale et s'assurer que des données sont collectées sur toutes les issues de la grossesse, avec des définitions cohérentes et un croisement des bases de données pour l'enregistrement des faits d'état civil ;

d) institutionnaliser la surveillance des décès maternels et périnatals et l'action dans ce domaine, en établissant un lien avec les enquêtes sur les décès périnatals et en prenant des mesures pour lutter contre les causes de décès évitables recensées dans le cadre de ces enquêtes ;

e) réaliser un suivi des issues en termes de morbidité et de handicap en particulier dans le cadre de l'élargissement des soins intensifs aux nouveau-nés ;

f) évaluer et définir des indicateurs nationaux de prestation des services pour la santé de la mère et du nouveau-né (sur la base des indicateurs mondiaux proposés à l'annexe 2) et les intégrer dans les systèmes et instruments de collecte systématique de données ;

g) appeler les parlementaires, les dirigeants communautaires, la société civile et la population en général à réclamer des informations et à participer activement à la planification et au suivi de l'accès à des services de santé de qualité pour les femmes et les enfants ;

h) mettre au point des stratégies pour inciter le secteur privé à améliorer la collecte des données et la qualité des systèmes d'enregistrement des données sur les naissances et les décès, à concevoir et mettre en œuvre des mécanismes novateurs pour recueillir des données, et à investir dans de tels mécanismes.

122. Les pays devraient introduire des systèmes d'enregistrement des naissances et des décès, investir dans l'amélioration de ces systèmes et étudier des mécanismes novateurs de collecte des données, faisant par exemple appel aux agents de santé communautaires ou à l'utilisation du téléphone mobile. Pour chaque naissance d'enfant mort-né ou chaque décès de nouveau-né, la cause du décès devrait être systématiquement consignée et classée dans une catégorie pertinente. Il conviendrait aussi d'inclure d'autres données (telles que l'âge gestationnel et le poids à la naissance) et de prendre en compte les déterminants sociaux de la mortalité. La qualité et l'exhaustivité des données devraient être contrôlées en permanence et les données recueillies diffusées pour servir de base à la planification.

123. Des investissements et un soutien technique sont aussi nécessaires pour améliorer, en termes de quantité, de cohérence et de fréquence, la collecte au niveau national des données relatives aux issues de la grossesse pour les mères et les nouveau-nés, dans le cadre de l'établissement d'une base minimale de données périnatales liées à la fois aux statistiques d'état civil et aux données provenant des établissements de santé. Les pays devraient renforcer les mécanismes de surveillance des décès maternels et d'action dans ce domaine, ainsi que la surveillance de la mortalité périnatale, en établissant un lien avec les enquêtes sur les décès périnatals et en prenant des mesures pour lutter contre les causes de décès évitables recensées dans le cadre de ces enquêtes. Il est aussi important de réaliser un suivi des issues en termes de handicap (par exemple rétinopathie liée à la prématurité, surdité ou paralysie cérébrale) en particulier pour les pays qui ont entrepris de développer les services de soins intensifs néonatals.

124. Les indicateurs de base mondiaux qui sont proposés dans le cadre du plan d'action (annexe 2) devraient être évalués par les acteurs concernés et, après cette évaluation, intégrés aux systèmes nationaux de gestion de l'information sanitaire. L'ensemble d'indicateurs proposé sera étoffé dans le cadre de la mise en œuvre du plan d'action (dont il est question au paragraphe 135) pour couvrir des domaines tels que l'état de préparation des services, les réalisations, l'utilisation des services, la couverture des interventions et la qualité des soins.

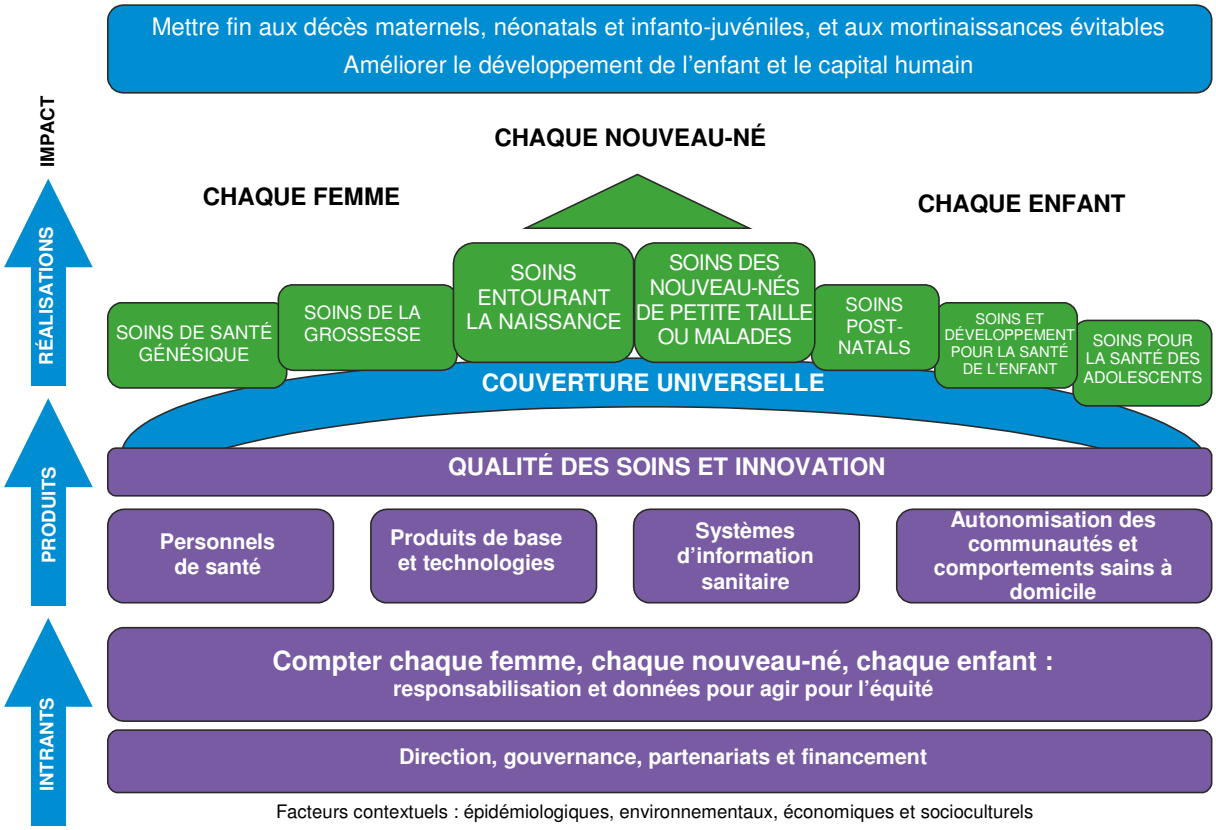
125. Tous les acteurs concernés, les parlementaires et les dirigeants communautaires mais aussi la société civile et la population en général, doivent réclamer des informations et participer à la planification et au suivi de l'accès à des services de santé de qualité pour les femmes et les enfants, éventuellement moyennant l'utilisation de fiches d'évaluation, afin d'améliorer l'obligation de rendre compte de la mise en œuvre du présent plan d'action.

126. Tout en renforçant les systèmes de surveillance systématique, les pays et les partenaires du développement devraient investir dans la réalisation d'enquêtes périodiques auprès des ménages afin de recueillir des données sur la mortalité, la couverture des interventions et l'utilisation des services. Le secteur privé devrait aussi être incité à améliorer la collecte et la qualité des systèmes d'enregistrement des naissances et des décès et à concevoir et mettre en œuvre des mécanismes novateurs de collecte des données, en particulier en utilisant les téléphones mobiles, et à investir dans de tels mécanismes.

SCHÉMA

127. Le schéma d'impact présenté dans la Figure 6 intègre « Chaque nouveau-né » dans le cadre de l'initiative « Chaque femme, chaque enfant » et élargit les objectifs pour inclure la fin des décès maternels, néonatals et infanto-juvéniles et des mortinaissances évitables, ainsi que l'amélioration du développement de l'enfant et du capital humain. Au niveau des réalisations, le schéma inclut tous les ensembles de soins pour la santé génésique, la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Le plan d'action met ainsi en particulier l'accent sur les soins des femmes et des nourrissons au cours du travail, de la naissance et de la première semaine de vie mais aussi sur les soins des nouveau-nés petits ou malades, l'objectif étant la couverture sanitaire universelle pour tous les soins. Une couverture accrue par des soins de qualité nécessite un changement dans les programmes qui doivent être élargis au sein des systèmes de santé et des communautés. Les intrants requis pour un système de santé renforcé sont notamment un système de mesures rigoureuses, un suivi approfondi des programmes et l'obligation de rendre compte. En dernier lieu, les contextes sociopolitiques, économiques, environnementaux, biologiques et juridiques ont une incidence à tous les niveaux du changement.

Figure 6. Schéma d'impact « Chaque nouveau-né »


Mettre fin aux décès maternels, néonatals et infanto-juvéniles, et aux mortinaissances évitables
Améliorer le développement de l'enfant et le capital humain
IMPACT
CHAQUE NOUVEAU-NÉ
CHAQUE FEMME
CHAQUE ENFANT
RÉALISATIONS
SOINS DE SANTÉ GÉNÉSIQUE
SOINS DE LA GROSSESSE
SOINS ENTOURANT LA NAISSANCE
SOINS DES NOUVEAU-NÉS DE PETITE TAILLE OU MALADES
SOINS POST-NATALS
SOINS ET DÉVELOPPEMENT POUR LA SANTÉ DE L'ENFANT
SOINS POUR LA SANTÉ DES ADOLESCENTS
COUVERTURE UNIVERSELLE
PRODUITS
QUALITÉ DES SOINS ET INNOVATION
Personnels de santé
Produits de base et technologies
Systèmes d'information sanitaire
Autonomisation des communautés et comportements sains à domicile
INTRANTS
Compter chaque femme, chaque nouveau-né, chaque enfant :
responsabilisation et données pour agir pour l'équité
Direction, gouvernance, partenariats et financement
Facteurs contextuels : épidémiologiques, environnementaux, économiques et socioculturels

128. Seules des améliorations dans la couverture et la qualité des soins prodigués aux femmes et aux nourrissons à la naissance et des soins aux nouveau-nés de petite taille ou malades permettront d'atteindre les objectifs en matière de mortalité. Des cibles intermédiaires, portant sur les interventions reposant sur des données factuelles pour la couverture et la qualité des soins entourant la naissance, des soins aux nouveau-nés présentant un risque, des visites à domicile et du soutien aux femmes et aux nouveau-nés par l'intermédiaire de groupes participatifs, sont par conséquent proposés (annexe 1).

129. **Cibles de couverture d'ici 2020**

a) **Couverture et qualité des soins entourant la naissance :** 90 % des femmes accouchant et des bébés nés dans des établissements de soins bénéficieront de soins efficaces, de grande qualité et respectueux qui incluront les soins essentiels au cours de la grossesse, du travail et après la naissance, ainsi que les soins préventifs et la prise en charge appropriée des complications pour la mère et le nouveau-né. La surveillance des décès maternels et périnatals, les mesures à prendre en temps voulu et le suivi régulier de la qualité des soins feront partie intégrante des services de santé maternelle et néonatale.

b) **Couverture et qualité des soins pour les nourrissons de petite taille ou malades :** au moins la moitié des nourrissons qui ne respirent pas spontanément à la naissance après avoir été bien séchés et stimulés seront réanimés au moyen d'une ventilation par ballon et masque ; au moins la moitié des nouveau-nés prématurés dont l'état est stable ou des nourrissons pesant moins de 2000 grammes recevront des soins de type « mère kangourou », ainsi que d'autres soins appropriés ; et au moins la moitié des nouveau-nés susceptibles de souffrir d'une infection bactérienne grave recevront un traitement par antibiotiques. Des cibles propres aux pays pour des soins intensifs néonatals complets seront fixées, comprenant le suivi des handicaps.

c) **Visites à domicile et soutien aux femmes et aux nouveau-nés dans le cadre de groupes participatifs :** chaque pays augmentera d'au moins 20 % (ou parviendra à 90 % si le pourcentage de référence est supérieur à 70 %) les soins postnatals précoces pour les mères et les nouveau-nés dans les deux jours qui suivent la naissance afin de promouvoir l'allaitement au sein, les conseils, concernant les complications maternelles et néonatales et leur dépistage, et la planification familiale postnatale. Tisser des liens avec les approches communautaires participatives et de groupes de parents est un élément important de cette stratégie.

130. **Cibles de couverture d'ici 2025**

a) **Couverture et qualité des soins entourant la naissance :** 95 % des femmes accoucheront en présence d'un personnel qualifié, et chaque mère et son nouveau-né bénéficieront de soins efficaces, de grande qualité et respectueux (voir le paragraphe 129).

b) **Couverture et qualité des soins pour les nouveau-nés présentant un risque :** au moins 75 % des nourrissons qui ne respirent pas spontanément à la naissance après un séchage et une stimulation approfondie seront réanimés au moyen d'une ventilation par ballon et masque ; au moins 75 % des nouveau-nés prématurés dont l'état est stable ou des nourrissons pesant moins de 2000 grammes recevront des soins de type « mère kangourou » ainsi que d'autres soins appropriés ; et au moins 75 % des nourrissons susceptibles de souffrir d'une infection bactérienne grave recevront un traitement par antibiotiques.

c) **Visites à domicile et soutien aux femmes et aux nouveau-nés dans le cadre de groupes participatifs :** 90 % des femmes et des nouveau-nés bénéficieront de soins postnatals précoces de grande qualité dans les deux jours suivant la naissance. La qualité des soins postnatals fera l'objet d'un suivi moyennant un système de mesure amélioré afin d'évaluer le contenu et les résultats à long terme, par exemple pour l'objectif en matière de nutrition qui est de parvenir à 50 % d'allaitement au sein exclusif dans tous les pays d'ici 2025. Tisser des liens avec les approches communautaires participatives et les groupes de parents est un élément important de cette stratégie.

SYSTÈME DE MESURE DES PROGRÈS ACCOMPLIS

131. L'objectif du plan d'action « Chaque nouveau-né » est que des mesures soient prises pour atteindre des buts et des cibles de couverture ambitieux en matière de mortalité pour mettre fin aux décès de nouveau-nés et aux mortinaissances évitables. La progression vers l'impact souhaité sera jalonnée par un certain nombre d'étapes, qui sont définies aux niveaux mondial et national pour la période 2014-2020 (annexe 1). Ces étapes serviront de point de départ à la responsabilisation et au contrôle indépendant et de base pour le suivi de la mise en œuvre. Le suivi et l'évaluation coïncident avec l'examen des progrès accomplis vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement en 2015, et seront utiles pour la définition des futurs objectifs de développement durables pour l'après-2015, tout en établissant un lien avec le nouveau mécanisme de responsabilisation.

132. Un plan de suivi plus détaillé, doté d'un système de mesure de la couverture et des résultats permettant de suivre les progrès accomplis, est une étape importante au niveau mondial. Ces indicateurs devront être recueillis et utilisés pour l'action programmatique au sein des pays. Définir clairement les interventions et les stratégies dans le domaine des mortinaissances constitue une autre étape importante.

133. Le véritable changement pour les femmes et leurs nourrissons aura lieu au sein des pays. Les étapes importantes au niveau national consisteront notamment à – mais sans s'y limiter – veiller à ce que : les produits de base figurent sur les listes nationales de médicaments essentiels et font l'objet d'un suivi ; la parole de la communauté, en particulier des femmes, est entendue ; les plans sanitaires nationaux sont améliorés et les coûts établis de façon à ce que la santé des nouveau-nés et les mortinaissances soient prises en charge de manière appropriée ; et les dépenses nationales consacrées à la santé génésique, à la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant font l'objet d'un suivi et de rapports.

134. Envisager une femme et son enfant comme un tout constitue un principe essentiel du plan d'action de sorte qu'un ensemble d'interventions sont nécessaires pour l'un comme pour l'autre : ils sont distincts et pourtant interdépendants, et cette interdépendance est vitale pour chacun d'eux. Pour compléter le présent plan d'action, l'OMS, l'UNICEF et leurs partenaires élaboreront une initiative pour la mère et le nourrisson qui mettra l'accent sur l'amélioration de la qualité des soins prodigués aux mères et aux nouveau-nés dans les établissements de santé, en établissant un lien avec les mesures communautaires et le renforcement des systèmes de santé au niveau des districts. Un ensemble de normes et de critères pour la qualité des soins entourant la naissance et la période postnatale immédiate seront définis et, une fois établis en consultation avec les pays et les experts techniques, devront être adaptés et adoptés au sein des pays.

135. Pour parvenir à l'idéal, aux objectifs de mortalité et aux cibles de couverture définis dans le plan, il faut disposer d'indicateurs mesurables qui permettront de suivre les progrès accomplis et seront utilisés par les politiques et les programmes sanitaires. La sélection des indicateurs de base (annexe 2) a nécessité un processus de classification pour juger de leur pertinence directe au regard du plan d'action, des cibles et des buts, ainsi que des données actuellement disponibles. Les indicateurs de base ont parfois fait l'objet d'un accord et d'un suivi, mais doivent dans certains cas donner lieu à des tests plus approfondis et être intégrés aux systèmes nationaux de mesure. Il faut agir d'urgence pour améliorer le système de mesure de ces indicateurs, comme d'autres indicateurs utiles, et accroître le nombre de pays qui en assurent le suivi de manière systématique. La mise en œuvre de ces indicateurs de base, auxquels vient s'ajouter une liste importante d'indicateurs supplémentaires nécessaires, fait partie des étapes à court terme énumérées à l'annexe 1.

PRIORITÉS DE LA RECHERCHE

136. La recherche dans la mise en œuvre, le développement et la découverte doit être à l'avant-garde des efforts déployés pour réduire la mortalité des nouveau-nés. Les priorités de la recherche en matière de santé du nouveau-né ont été définies dans le cadre d'un exercice mondial pour la période 2013-2025 : neuf des 10 priorités avaient trait à l'amélioration de la mise en œuvre d'interventions connues.

137. En ce qui concerne la mise en œuvre des interventions, les principales priorités de la recherche portaient sur les domaines suivants : la mise au point de méthodes pour introduire à plus grande échelle des techniques simplifiées de réanimation du nouveau-né aux premiers niveaux du système de santé ; la détection et la prise en charge des infections néonatales au niveau communautaire ; la suppression des obstacles au développement de l'allaitement exclusif et de la pratique de la méthode « mère kangourou » dans les établissements de santé ; l'évaluation de l'emploi de la chlorhexidine pour les soins du cordon ombilical chez les enfants nés dans des établissements de santé ; et l'élaboration de stratégies pour améliorer la qualité des soins prodigués dans les établissements de santé au cours du travail et de l'accouchement.

138. Pour ce qui est du développement, les priorités de recherche recensées concernaient les domaines suivants : l'adaptation de la méthode « mère kangourou » pour la rendre plus facilement utilisable à l'échelon communautaire ; la détection précoce au niveau de la communauté des femmes pouvant présenter des risques élevés lors de la grossesse et de l'accouchement ; l'amélioration et la simplification de la surveillance per-partum ; l'évaluation des antibiotiques oraux appropriés pour le traitement de la septicémie néonatale ; la définition du rôle des enquêtes périnatales dans l'amélioration de la qualité des soins au cours du travail et de l'accouchement ; et la mise au point d'agents tensioactifs et de dispositifs moins onéreux utilisables dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

139. En ce qui concerne les découvertes, l'accent a été mis sur les domaines suivants : la science et la technologie pour comprendre les causes du déclenchement du travail avant le terme ; la recherche de nouveaux tocolytiques permettant de retarder les accouchements prématurés ; la mise au point de nouveaux agents tensioactifs stables d'utilisation plus simple ; la découverte de vaccins maternels efficaces pour prévenir la septicémie néonatale ; la mise au point de tests diagnostiques et de nouveaux agents biologiques utilisables sur les lieux de soins pour mieux détecter et traiter la septicémie néonatale ; la recherche de méthodes plus efficaces de détection de la souffrance fœtale ; et l'identification de marqueurs biologiques du retard de croissance intra-utérin et de la mort du fœtus.

COORDINATION

140. La mise en pratique du plan d'action nécessitera la participation de nombreuses parties prenantes, à savoir les gouvernements et les responsables politiques, les pays donateurs, les Nations Unies, les autres organisations multilatérales et les institutions philanthropiques mondiales, de même que la société civile, les agents de santé et leurs associations professionnelles, le monde des affaires, et les universités et institutions de recherche (voir l'annexe 3).

141. Le plan définit des mesures prioritaires pour offrir à chaque nouveau-né un bon départ dans la vie dans le cadre de programmes intégrés pour la santé génésique et la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent. Les services de santé maternelle et infanto-juvénile constituent une plate-forme idéale pour fournir des ensembles intégrés de prestations incluant toute une gamme d'interventions, y compris concernant le paludisme, le VIH, la nutrition et la vaccination. Il est vital que les objectifs de développement pour l'après-2015 tendent vers l'idéal de sociétés en bonne santé dans lesquelles les femmes et les jeunes filles, les nouveau-nés et les enfants survivent et s'épanouissent. La coordination pour la concrétisation de cet idéal reposera sur une gamme complète de soins solides et sûrs afin de réduire considérablement les décès maternels, néonatals et infanto-juvéniles évitables, qui permettra de bâtir des sociétés plus équitables et de transformer le développement humain.

MESURES À PRENDRE PAR L'ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ

142. L'Assemblée de la Santé est invitée à adopter le projet de plan d'action.

ANNEXE 1

BUTS, CIBLES ET ÉTAPES AUX NIVEAUX MONDIAL ET NATIONAL, 2014-2035

NIVEAU MONDIAL

2035 : évaluation des progrès accomplis pour atteindre les buts nationaux de ≤10 décès de nouveau-nés et mortinaissances pour 1000 naissances vivantes respectivement
But : taux mondial de mortalité néonatale de 7 pour 1000 naissances vivantes et taux de mortinatalité de 8 pour 1000

2030 : examen des progrès accomplis pour atteindre les buts nationaux de ≤12 décès de nouveau-nés et mortinaissances
Étape : taux mondial de mortalité néonatale de 9 pour 1000 naissances vivantes et taux de mortinatalité de 9 pour 1000

2030

2025 : examen des progrès accomplis pour atteindre les buts en matière de mortalité nationale
Étape : taux mondial de mortalité néonatale de 12 pour 1000 naissances vivantes et taux de mortinatalité de 11 pour 1000

2020 : examen des progrès pour atteindre les buts en matière de mortalité au niveau national
Étape : taux mondial de mortalité néonatale de 15 pour 1000 naissances vivantes et taux de mortinatalité de 14 pour 1000

2020

2014

ÉTAPES MONDIALES

- *Responsabilisation dans les plans pour l'après-2015 :* veiller à ce que le cadre de développement pour l'après-2015 comprenne des cibles spécifiques pour la réduction de la mortalité néonatale et des mortinaissances, outre la réduction de la mortalité des enfants de moins de cinq ans et la réduction de la mortalité maternelle.
- *Données :* plan de suivi, amélioration et utilisation des données de couverture programmatique et équité, évaluation des insuffisances en matière de qualité, évaluation en vue de l'amélioration des indicateurs et investissement visant à assurer leur suivi. Compter chaque naissance et chaque décès de femme et de nourrisson, y compris des mortinaissances, investir dans l'enregistrement des faits d'état civil et les statistiques d'état civil et innover pour améliorer le décompte des plus pauvres et veiller à ce qu'ils ne soient pas oubliés. Concevoir un ensemble de données périnatales minimum et en faire l'essai.
- *Qualité :* mettre au point des normes de qualité et un ensemble d'indicateurs de base pour évaluer la qualité des soins maternels et néonatals à tous les niveaux de la fourniture des soins (ensemble de soins adapté à la mère et à son nourrisson).
- *Investissement :* veiller à ce que l'investissement dans la santé maternelle et néonatale se poursuive tout au long de l'année 2015 et de manière durable dans le cadre du développement pour l'après-2015.
- *Innovation et recherche :* concevoir des dispositifs et produits de base visant à améliorer les soins aux mères et aux nouveau-nés dans la période entourant la naissance, les adapter et les promouvoir ; et convenir d'un programme de recherche prioritaire coordonné pour améliorer les résultats en matière de santé des prématurés et des nouveau-nés, diffuser ce programme et investir dans ce domaine. L'accent doit être mis en particulier sur les mortinaissances, qui ont été oubliées et négligées.
- *Coordination :* veiller à un soutien coordonné entre les partenaires des Nations Unies, les donateurs, les milieux universitaires et les organisations non gouvernementales, et intensifier les efforts dans les 20 pays qui totalisent 80 % des décès de nouveau-nés.
- *Plaider pour les nouveau-nés :* trouver des individus prêts à plaider pour les nouveau-nés et à s'engager pour la santé génésique, la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent et à diffuser les messages pour la santé des nouveau-nés.

NIVEAU NATIONAL

Évaluation des cibles de couverture
Couverture universelle pour l'ensemble des soins

2025: évaluation des cibles de couverture
[1] Soins à la naissance : 95 % des naissances bénéficient de soins de qualité
[2] Soins des nouveau-nés de petite taille ou malades : méthode « mère kangourou » ≥75 % ; prise en charge de la septicémie ≥75 % ; soins intensifs néonatals complets (cibles spécifiques au pays)
[3] Soins communautaires : couverture de 90 % pour les soins postnatals ; de 50 % à 6 mois pour l'allaitement exclusif

2020 : évaluation des cibles de couverture
[1] Soins à la naissance : 90 % des naissances en établissement de soins bénéficient de soins de qualité
[2] Soins des nouveau-nés de petite taille ou malades : méthode « mère kangourou » ≥50 % ; prise en charge de la septicémie ; ≥50 % ; soins intensifs néonatals complets (cibles spécifiques au pays)
[3] Soins communautaires : augmentation de 20 % des soins postnatals

ÉTAPES NATIONALES

- *Plans nationaux :* revoir et approfondir les stratégies, les politiques et les lignes directrices nationales pour la santé génésique, la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant conformément aux buts, aux cibles et aux indicateurs du plan d'action « Chaque nouveau-né », notamment en mettant clairement l'accent sur les soins qui entourent la naissance et sur les soins aux nouveau-nés de petite taille ou malades.
- *Données :* compter chaque nouveau-né en améliorant et en utilisant les données de couverture programmatique et l'équité, les évaluations des insuffisances en matière de qualité. Institutionnaliser l'enregistrement des faits d'état civil et les statistiques d'état civil, adapter et utiliser un ensemble minimum de données périnatales, mettre en œuvre la surveillance des décès maternels/périnatals et prendre les mesures nécessaires.
- *Qualité :* adopter des normes de qualité pour un ensemble de soins adapté à la mère et à son nourrisson, et des indicateurs pour évaluer la qualité des soins maternels/néonatals à tous les niveaux du système de soins ; et veiller à l'accès aux produits essentiels pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.
- *Investissement :* élaborer ou intégrer une stratégie des ressources humaines pour la santé chiffrée dans les plans pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, veiller à ce que des ressources financières suffisantes soient allouées.
- *Agents de santé :* veiller à la formation, au déploiement et au soutien des agents de santé, en particulier des sages-femmes, des infirmiers et des agents de santé communautaires.
- *Innovation et recherche :* concevoir des dispositifs et produits de base visant à améliorer les soins aux mères et aux nouveau-nés dans la période entourant la naissance, les adapter et les promouvoir ; et convenir d'un programme de recherche prioritaire coordonné pour améliorer les résultats en matière de santé des prématurés et des nouveau-nés, diffuser ce programme et investir dans ce domaine. L'accent doit être mis en particulier sur les mortinaissances, qui ont été oubliées et négligées.
- *Engagement :* auprès des communautés, des représentants de la société civile et des autres acteurs concernés pour tirer parti de l'influence des individus, des familles et des communautés pour garantir l'accès aux soins maternels et néonatals essentiels et la couverture par ces soins.
- *Écouter la parole des parents, plaider pour les nouveau-nés :* faire évoluer les normes sociales de façon à ce que les décès de nourrissons ne soient plus acceptables, tout comme il est devenu inacceptable que les femmes meurent en donnant naissance à leur enfant.

ANNEXE 2

INDICATEURS MONDIAUX PROPOSÉS POUR LE PLAN D'ACTION « CHAQUE NOUVEAU-NÉ »[1]

	Indicateurs de base pour chaque nouveau-né	**Indicateurs supplémentaires**
Impact	1. Taux de mortalité maternelle*	
	2. Taux de mortinatalité	**Taux de mortinatalité per-partum**
	3. Taux de mortalité néonatale*	Taux de naissances de faible poids*
		Taux de naissances prématurées
		Nourrissons petits pour l'âge gestationnel
		Taux de morbidité néonatale (taux d'infection, par exemple)
		Taux de handicap à long terme après une affectation néonatale
Couverture : soins pour l'ensemble des mères et des nouveau-nés	4. Présence de personnel qualifié à la naissance*	
	5. Soins postnatals précoces pour les mères et les nourrissons*	
	6. Allaitement exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois*	
Couverture : complications et soins supplémentaires	**7. Administration prénatale de corticostéroïdes**	Taux de césariennes*
	8. Réanimation du nouveau-né	
	9. Méthode « mère kangourou » et soutien à l'alimentation	
	10. Traitement de la septicémie néonatale	
Intrant : décompte	Enregistrement des naissances*	Enregistrement des décès, y compris des causes de décès
Intrant : *Ensemble de prestations de services* pour chaque nouveau-né	*Normes et critères mesurables adaptés à la mère et à son nourrisson* *Soins des nouveau-nés de petite taille ou malades*	

[1] * = indicateur défini et suivi dans les Statistiques sanitaires mondiales 2013 ; gris = ne faisant pas l'objet d'un suivi systématique actuellement ; **gras** = indicateur nécessitant une évaluation supplémentaire pour des mesures cohérentes, à relier aux étapes de l'annexe 1.

Italiques = intrant requérant des normes et critères à définir, et à relier aux étapes de l'annexe 1.

Tous les indicateurs doivent être suivis de sorte qu'ils puissent être ventilés afin d'évaluer l'équité, par exemple entre zones urbaines et zones rurales, par région, par quintile de richesse.

ANNEXE 3

MESURES PAR GROUPE D'ACTEURS

Chacun a un rôle à jouer

Acteurs	Mesures
Gouvernements et responsables politiques aux niveaux national, régional et mondial	• *Plans nationaux :* examiner et réviser les stratégies, les politiques et les lignes directrices nationales pour la santé génésique et la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant conformément aux buts, aux cibles et aux indicateurs définis dans le plan d'action « Chaque nouveau-né », y compris en mettant clairement l'accent sur les soins entourant la naissance. • *Budgets :* attribuer des ressources financières suffisantes pour la santé de la mère et du nouveau-né, et veiller à un investissement adéquat pour améliorer la qualité des soins. • *Législation :* adopter une législation appropriée sur l'enregistrement des naissances, la notification des décès maternels, la protection de la maternité et l'application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. • *Agents de santé :* établir ou intégrer une stratégie des ressources humaines pour la santé chiffrée dans les plans pour la santé génésique et la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant afin de garantir la formation, le déploiement et le soutien des agents de santé, en particulier du personnel obstétrical, des accoucheuses qualifiées, des infirmiers et des agents de santé communautaires. • *Qualité :* adopter des normes de qualité et un ensemble d'indicateurs de base pour évaluer la qualité des soins maternels et néonatals à tous les niveaux de la prestation des soins. • *Produits de base :* inclure les produits essentiels pour la santé de la mère et du nouveau-né dans les listes nationales de médicaments essentiels et veiller à un approvisionnement ininterrompu à tous les niveaux du système de santé. • *Engagement :* s'engager auprès des communautés, des représentants de la société civile et des autres acteurs concernés pour tirer parti de l'influence des individus, des familles et des communautés pour garantir l'accès aux soins maternels et néonatals essentiels et la couverture par ces soins. • *Responsabilisation :* compter chaque nouveau-né en institutionnalisant l'enregistrement des faits d'état civil et les statistiques de l'état civil, ainsi que la surveillance des décès maternels, périnatals et néonatals et l'action dans ce domaine.
Organisations du système des Nations Unies et autres organismes multilatéraux	• *Politique :* veiller à ce que le cadre de développement pour l'après-2015 comprenne des cibles spécifiques pour la réduction de la mortalité néonatale et la réduction de la mortinatalité, outre la réduction de la mortalité des enfants de moins de cinq ans et de la mortalité maternelle. • *Assistance technique :* fournir une assistance technique et un soutien aux gouvernements en matière de planification, de mise en œuvre et de responsabilisation. • *Coordination :* veiller à un soutien coordonné entre les partenaires des Nations Unies et intensifier les efforts dans les 20 pays qui totalisent 80 % de l'ensemble des décès néonatals.

Acteurs	Mesures
	• *Qualité :* établir des normes de qualité et un ensemble d'indicateurs de base pour évaluer la qualité des soins maternels et néonatals à tous les niveaux de la prestation des soins. • *Investissement :* veiller à ce que l'investissement multilatéral dans la santé maternelle et néonatale se poursuive tout au long de l'année 2015 et de manière durable dans le cadre du développement pour l'après-2015. • *Avocats de la cause des nouveau-nés :* faire intervenir des individus prêts à s'engager pour la santé génésique, la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent afin que des messages cohérents et coordonnés soient transmis sur la santé du nouveau-né.
Donateurs et fondations	• *Financement :* mobiliser des fonds pour combler les lacunes et soutenir la mise en œuvre de plans pour la santé génésique, la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant qui soient chiffrés, basés sur des données factuelles, propres aux pays et qui mettent l'accent sur la naissance. • *Formation des agents de santé :* soutenir la formation et le déploiement des agents de santé, y compris en investissant dans le personnel obstétrical, les accoucheuses qualifiées, les infirmiers et les agents de santé communautaires qui peuvent assurer des prestations essentielles, de qualité, axées sur la naissance. • *Produits de base :* soutenir l'accès à des produits de base de qualité en investissant dans un financement novateur, en proposant des mesures incitatives pour les producteurs et les acheteurs, en favorisant l'assurance de la qualité et la réglementation, et les efforts de recherche et développement visant à améliorer les produits. • *Responsabilisation :* participer à des pactes avec les pays et améliorer la responsabilisation concernant les flux financiers.
Secteur privé	• *Innovation :* investir dans la mise au point et l'adaptation de dispositifs et de produits de base pour apporter des soins aux mères et aux nouveau-nés au moment de la naissance ; investir dans des campagnes pour l'évolution des normes sociales et des comportements, y compris celles destinées aux plus pauvres et aux plus vulnérables. • *Mise en œuvre :* élargir les meilleures pratiques et établir des partenariats avec le secteur public pour améliorer la prestation des services.
Organisations non gouvernementales, communautés et/ou groupes de parents	• *Agents de santé communautaires :* soutenir les soins préventifs avant et après la période entourant la naissance et guider l'orientation vers des établissements de base ou complets selon les besoins. • *Direction et responsabilisation communautaires :* favoriser la direction et la responsabilisation par la communauté afin de supprimer les obstacles (concernant par exemple le transport), tenir les prestataires de santé pour responsables de la prestation de services de qualité et renforcer les liens entre les communautés et les établissements. • *Avocats de la cause des nouveau-nés :* recenser et soutenir les défenseurs de la santé néonatale au niveau local, y compris les parlementaires, les groupes de parents, les professionnels, les bénévoles agissant pour la santé communautaire et les leaders communautaires ; associer ces individus aux initiatives en faveur de la santé génésique, de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent afin de transmettre des messages cohérents et coordonnés sur la santé du nouveau-né.

Acteurs	Mesures
	• *Demande :* générer et soutenir les demandes de services en ayant recours à des mesures à l'initiative de la communauté (par exemple des mesures incitatives telles que le versement sous condition d'allocations, l'assurance, le transport, la mobilisation sociale, les régimes d'épargne et les coopératives). • *Adolescents :* accorder une attention particulière aux adolescentes et mettre en place des approches pour contribuer à prévenir les grossesses précoces et non désirées. • *Recherche de soins :* utiliser les agents de santé communautaires, les accoucheuses qualifiées et les sages-femmes afin d'obtenir des soins maternels et néonatals essentiels qui permettent de sauver des vies chez les nourrissons et les femmes. • *Qualité et responsabilisation :* prendre la parole pour faire évoluer les choses ; demander des services de qualité, abordables et accessibles ; notifier les services de médiocre qualité par l'intermédiaire des mécanismes gouvernementaux ou non gouvernementaux.
Milieux universitaires et établissements de recherche	• *Établir des priorités dans les besoins en matière de recherche :* convenir d'un programme de recherche pour améliorer les résultats en matière de prématurité et de santé du nouveau-né, qui établisse des priorités et soit coordonné, et le diffuser. • *Investir dans la recherche :* défendre l'augmentation des allocations budgétaires à la recherche d'interventions novatrices. • *Renforcer les capacités de recherche :* renforcer les capacités des établissements de recherche, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire et former des professionnels dans ce domaine. • *Diffuser les conclusions :* diffuser les conclusions de la recherche et les meilleures pratiques. • *Construire des partenariats :* renforcer les réseaux mondiaux de prestataires, de chercheurs et de formateurs universitaires.
Professionnels de santé	• *Interventions essentielles :* établir des priorités dans les interventions essentielles au moment de la naissance et dans les soins aux nouveau-nés de petite taille ou malades dans le cadre d'un ensemble intégré de services de santé génésique et de services pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. • *Agents de santé :* fournir les services intégrés de qualité aux nourrissons et aux femmes par l'intermédiaire de formations accélérées, d'approches visant à fidéliser et motiver le personnel. • *Produits de base :* travailler avec les organes locaux et nationaux pour veiller à la disponibilité systématique des produits de base et des fournitures essentielles pour les interventions clés entourant la période de la naissance. • *Qualité :* assurer le suivi de la qualité des soins, notamment moyennant l'utilisation de mécanismes de surveillance des décès maternels et périnatals et d'action dans ce domaine.

= = =